

# Vertragsgrundlage 356

## Allgemeine Versicherungsbedingungen 2008 (AVB 2008)

### Teil I

Seite 1 von 4 Stand: 01.2008

### Ihr Versicherungsschutz

<b>§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Wir bieten im Versicherungsfall Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle, andere im Vertrag genannte Ereignisse und Dienstleistungen.</li><li>Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Hierzu zählen auch Untersuchungen und Behandlungen wegen einer Schwangerschaft, die Entbindung sowie sonst vereinbarte Leistungen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungen nicht mehr erforderlich sind.</li><li>Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil I) nebst Tarifbedingungen (AVB Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch eine besondere Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. § 15 Abs. 2). Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diese Zeit hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</li><li>Verlegen Sie oder eine andere mitversicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über Europäischen Wirtschaftsraum, so wird das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fortgesetzt, dass wir bis zur Höhe derjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen wären.</li></ol>
<b>§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. In Versicherungsfällen, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, leisten wir für den Teil, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>Neugeborene versichern wir ohne Wartezeiten und Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.</li></ol>
<b>§ 3 Wartezeiten (leistungsfreie Zeit des Versicherers)</b>	<p>Es bestehen keine Wartezeiten.</p>	
<b>§ 4 Information zum Leistungsumfang</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Tarifbedingungen (AVB Teil II). Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen der Ärzte, Zahnärzte, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Hebammen sind bis zu den Höchstsätzen der in Deutschland jeweils geltenden Gebührenordnung erstattungsfähig. Die Leistungen von Heilpraktikern sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.</li><li>Ihnen steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten, Zahnärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Hebammen und Heilpraktikern frei, soweit nicht in den Tarifbedingungen etwas anderes bestimmt ist.</li><li>Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie physikalische medizinische Behandlungen müssen Sie sich von den unter Abs. 2 genannten Behandlern verordnen lassen. Arzneimittel sind außerdem aus der Apotheke oder von anderen von uns empfohlenen Einrichtungen zu beziehen.</li><li>Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung können Sie unter den öffentlichen Krankenhäusern</li></ol>	<p>frei wählen.</p> <p>Wünschen Sie eine Behandlung in einer Privatklinik, besteht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten, wenn und soweit wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Dies gilt nicht bei einer notfallmäßigen Einweisung.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, haben Sie nur dann einen Leistungsanspruch, wenn wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.</li><li>Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wenden Heilbehandler andere Methoden an oder verordnen andere Arzneimittel, dann leisten wir auch dafür, wenn sich diese Methoden und Arzneimittel nach statistischen Methoden als Erfolg versprechend erwiesen haben. Bei unheilbaren Krankheiten zahlen wir auch für solche, die auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Ziel wahrscheinlich macht.</li></ol>
<b>§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Wir leisten nicht für<ol style="list-style-type: none"><li>Krankheiten, Krankheitsfolgen und Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;</li></ol></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>Entziehungsmaßnahmen.</li><li>vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfallfolgen;</li></ol>

**§ 5 Fortsetzung**

- d) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
  - e) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet;
  - f) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
  - g) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung 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.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder entstehen hierfür Kosten, die diejenigen einer medizinisch gleichwertigen bzw. auf das gleiche Behandlungsziel gerichteten Alternative, erheblich übersteigen, setzen wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herab. Ebenso verfahren wir, wenn die für eine Maßnahme berechneten Kosten wesentlich über dem allgemein üblichen Entgelt liegen.
  3. Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, sowie Ansprüche auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unseren Leistungen vor. Wir sind daher nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser Vorleistung verbleiben.

**§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

1. Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
  2. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.
3. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.
  4. Haben Sie oder die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Erstattung aller Verpflichteten zusammen die Aufwendungen nicht übersteigen.

**§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

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

**Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer****§ 8 Beitragszahlung**

1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr).
2. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.
3. Wird der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs.2 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.
4. 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 wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht 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.
5. Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt oder Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, stehen uns die Beiträge bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag nicht gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

**§ 8a Beitragsberechnung**

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
2. Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.
3. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und

das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. 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 unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

§ 8a Fortsetzung	4. Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen.	5. Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern. 6. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.
§ 8b Beitragsanpassung	1. Unsere Versicherungsleistungen, zu denen wir uns unseren Versicherungsnehmern - also auch Ihnen - gegenüber verpflichten, können sich durch steigende Behandlungskosten, allgemein vermehrte Inanspruchnahme oder steigende Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt eine dieser Gegenüberstellungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft	und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. 2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn wir in Übereinstimmung mit dem Treuhänder von einer vorübergehenden Änderung der Versicherungsleistungen ausgehen. 3. Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.
§ 9 Mitwirkungspflichten	1. Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist. 2. Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.	3. Sie und jede mitversicherte Person sind darüber hinaus verpflichtet, nach Möglichkeit für eine Minderung der entstehenden Kosten zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten	Wenn Sie oder eine andere mitversicherte Person die in § 9 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung	bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.
§ 11 Aufrechnung	Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.	

## Gewinnbeteiligung

§ 12 Beitragsrück- erstattung	1. Die Gewinnbeteiligung nehmen wir nach den gesetzlich vorgeschriebenen Grundsätzen vor, deren Einhaltung die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht überwacht. 2. Die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Versicherungsnehmer verwenden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen kann dies geschehen durch Auszahlung	oder Gutschrift, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir bestimmen im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Gewinnverwendung. 3. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstands heranziehen (§ 56 a VAG).
----------------------------------	--	---

## Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	1. Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten, frühestens zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres schriftlich kündigen. 2. Hat eine im Versicherungsvertrag enthaltene Vereinbarung zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen für die versicherte Person der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht. 3. Wenn wir die Beiträge auf Grund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8 b Abs. 1) erhöhen oder unsere Leistungen im Rahmen einer Änderung der Bedingungen ver-	mindern, können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Versicherten innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung durch schriftliche Erklärung kündigen. 4. Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Diese wird zum Ende des Monats wirksam, in dem unsere Erklärung Ihnen zugegangen ist, im Falle der Kündigung sofort. 5. Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.
--	---	--

§ 14 Kündigung durch den Versicherer	Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt.	
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.</li> <li>2. Bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet für diese Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass wir eine</li> </ol>	<p>andere Vereinbarung treffen. In diesem Fall können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann das Versicherungsverhältnis der betroffenen Personen in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden, sofern Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegzug beantragen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bei Wegfall der in den Tarifbedingungen geregelten Versicherungsfähigkeit endet der Versicherungsvertrag mit Ablauf des Monats, in dem der Wegfall nachgewiesen wird.</li> </ol>

## Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis	Ihre Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form.	
§ 17 Verjährung Gerichtsstand	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.</li> <li>2. Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.</li> <li>3. Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt</li> </ol>	<p>in Deutschland haben.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.</li> </ol>
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung 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 Änderung 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.</li> <li>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 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.</li> </ol>	

# Vertragsgrundlage 357

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Teil II Tarifbedingungen für Tarif PREMIUM

Seite 1 von 2 Stand: April 2006

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

Nach diesem Tarif ersetzen wir Aufwendungen für:

<b>1. Zahnersatz</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- prothetische Leistungen einschließlich Kronen, Inlays, Onlays, Reparaturen sowie Aufbissbehelfe und Schienen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)</li><li>- Implantate und implantologische Leistungen bis zu 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate); bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung</li><li>- gesondert berechnungsfähige Aufwendungen für zahn-technische Material- und Laborkosten bis zu den in unserem Preisverzeichnis angegebenen Beträgen</li></ul> <p><b>Erstattung: 35 % vom Rechnungsbetrag, jedoch zusammen mit den Leistungen der GKV oder freien Heilfürsorge nicht mehr als 100 % der Gesamtkosten.</b></p>	<p>Wir leisten ab Beginn der Versicherung nach diesem Tarif wie folgt (Zahnstaffel):</p> <table border="0"><tr><td>Zeitraum</td><td>Max. Leistung insg.</td></tr><tr><td>im 1. - 24. Monat</td><td>350,00 EUR</td></tr><tr><td>im 1. - 48. Monat</td><td>700,00 EUR</td></tr><tr><td>ab dem 49. Monat</td><td>3.500,00 EUR im Kalenderjahr</td></tr></table> <p>Bei unfallbedingter Behandlung leisten wir bereits ab Beginn bis zu 3.500,00 EUR im Kalenderjahr.</p> <p>Voraussetzung für die volle tarifliche Leistung ist, dass Sie uns rechtzeitig vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einreichen und wir diesen vor Behandlungsbeginn genehmigen. Ansonsten legen wir unserer Erstattung den halben Erstattungssatz (17,5 %) zu Grunde.</p>	Zeitraum	Max. Leistung insg.	im 1. - 24. Monat	350,00 EUR	im 1. - 48. Monat	700,00 EUR	ab dem 49. Monat	3.500,00 EUR im Kalenderjahr
Zeitraum	Max. Leistung insg.									
im 1. - 24. Monat	350,00 EUR									
im 1. - 48. Monat	700,00 EUR									
ab dem 49. Monat	3.500,00 EUR im Kalenderjahr									
<b>2. Brillen, Kontaktlinsen, sehschärfenkorrigierende Laserbehandlung</b>	<p><b>Erstattung: 100 % vom Rechnungsbetrag bis zu 300,00 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren</b></p>									
<b>3. Vorsorgeuntersuchungen einschließlich Zahnprophylaxe</b>	<p>Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Zusatzdiagnostik bei Schwangerschaft und Zahnprophylaxe; nicht jedoch Schul-, Sport-, Berufs- oder Reiseuntersuchungen (z.B. Fitness-tests, Schuleignungstests) und medizinisch-kosmetische Leistungen.</p>	<p><b>Erstattung: 70 % vom Rechnungsbetrag bis zu 200,00 EUR im Kalenderjahr</b></p>								
<b>4. Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren", Medikamente und Hilfsmittel (ohne Brillen und Kontaktlinsen)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) Leistungen der Heilpraktiker innerhalb der Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH)</li><li>b) Leistungen von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren" bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)</li><li>c) Nicht verschreibungspflichtige Medikamente bei Vorlage einer Verordnung des Behandlers</li><li>d) folgende Hilfsmittel, wenn die GKV oder die freie Heilfürsorge Leistungen zur Verfügung gestellt hat:<ul style="list-style-type: none"><li>- Hörgeräte</li><li>- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf, Stimmprothesen, Sprachverstärker)</li><li>- orthopädische Schuhe und Einlagen</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kompressionsstrümpfe</li><li>- Bandagen</li><li>- Liege- und Sitzschalen</li><li>- Korrekturschienen</li><li>- Orthesen ( Geh- und Stützapparate) und Prothesen (Arm-, Hand-, Bein- und Fussprothesen)</li><li>- Rollstühle</li><li>- Lebenserhaltende Hilfsmittel (Sauerstoffgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung und Überwachungsmonitore); nicht jedoch Aufwendungen für Verbrauchsmaterialien (z. B. Batterien, Akkus).</li></ul> <p><b>Erstattung: 70 % der Restkosten bis insgesamt 1.000,00 EUR im Kalenderjahr</b></p>								
<b>5. Mehrkosten bei einer stationären Behandlung</b>	<p>Mehrkosten, die von der GKV auferlegt werden, weil ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt wurde; jedoch keine Transportkosten.</p>	<p><b>Erstattung: 100 % der Mehrkosten</b></p>								
<b>6. Erkrankungen während Auslandsreisen</b>	<p>Aufwendungen während Reisen bis zu 2 Monaten Dauer außerhalb Deutschlands; nicht jedoch für Krankheiten, die ein Grund des Reiseantritts waren. Kann die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten, leisten wir bis zu dem Zeitpunkt, in dem Reisefähigkeit eintritt.</p> <p>Ihr Auslandsreisenschutz umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) ärztliche Behandlung und Wegegelder des Arztes für Entfernungen bis zum nächsterreichbaren Arzt</li><li>b) Medikamente, Verbandmittel</li><li>c) Heilmittel</li><li>d) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles ärztlich verordnet werden;</li><li>e) stationäre Heilbehandlung</li><li>f) notwendigen Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Arzt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>g) schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen</li><li>h) medizinisch notwendigen Rücktransport sowie die notwendigen Aufwendungen für eine vorzeitige Rückkehr einer ebenfalls nach diesem Tarif versicherten Begleitperson</li><li>i) im Todesfall einer versicherten Person die Kosten der Überführung nach Deutschland bis max. 12.000,00 EUR oder aber die Bestattung vor Ort. Letztere max. bis zur Höhe der Kosten, die für eine Überführung entstanden wären.</li></ul> <p><b>Erstattung: 100% der Restkosten</b></p>								

## Der Tarif beinhaltet darüber hinaus:

7. Bonusleistungen	<p>- <b>Gesundheitsbonus:</b> von 40,00 EUR für versicherte Personen, die für das vorhergehende Kalenderjahr keine Leistungen erhalten oder beantragt haben.</p> <p>- <b>Verhaltensbonus:</b> von 20,00 EUR für versicherte Personen, die für das vorhergehende Kalenderjahr Rechnungen gesammelt und nur einmal eingereicht haben. Werden dabei lediglich Rechnungen für Vorsorgeuntersuchungen nach Ziffer 3 eingereicht, wird anstelle des Verhaltensbonus der Gesundheitsbonus von 40,00 EUR ausbezahlt.</p>	<p>Weitere Voraussetzung für einen Anspruch auf die Bonuszahlungen ist, dass die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person mindestens seit dem 01.07. des Vorjahres ununterbrochen bestanden hat und die Beiträge für das vorhergehende Kalenderjahr ohne Verzug gezahlt worden sind. Wir werden den Bonus auf das vom Versicherungsnehmer genannte Konto überweisen.</p>
8. Dynamisierung	<p>Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Tarif PREMIUM auch betragsmäßig festgelegte Höchstleistungsbeträge sowie die Bonusleistungen gemäß Ziffer 7 mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.</p>	
9. Nachversicherungsgarantie	<p>Vermindern sich die gesetzlichen Leistungen der GKV oder der freien Heilfürsorge, hat der Versicherungsnehmer für alle versicherten Personen die Möglichkeit, ohne Wartezeiten und ohne Gesundheitsprüfung in dann zur Verfügung gestellte Krankheitskostentarife umzustellen.</p>	

# Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen (Tarif PREMIUM)

Stand: Mai 2008

Bei den mit Tarif PREMIUM vereinbarten Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen handelt es sich um Leistungen, die von einer Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet werden.

Folgende Vorsorgeuntersuchungen werden im Rahmen des Tarifs PREMIUM erstattet:

- **Intervall-Check:** zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung
- **Check up-Ergänzung:** Ergänzung der Gesundheitsuntersuchung um Belastungs- und/ oder Ruhe-EKG sowie weitere Laboruntersuchungen
- **Kinder-Intervall-Check:** Ergänzungsuntersuchungen zu den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr
- **Kinder Audio Check** (Akustisch evozierte Potentiale) bei Neugeborenen innerhalb der ersten drei Monate
- **Facharzt-Check:** Fachbezogene Gesundheitsuntersuchung auf Wunsch des Patienten
- **General-Check:** Umfassende ambulante Vorsorge-Untersuchung
- **Sono-Check:** Sonographischer Check-up der inneren Organe
- **Doppler-Sonographie** der hirnversorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten
- **Lungenfunktionsprüfung** zur Krankheitsfrüherkennung (z. B. im Rahmen eines General-Check)
- Untersuchung zur Früherkennung von **Hautkrebs** ohne Berücksichtigung von Altersgrenzen
- **Mammographie** zur Früherkennung des Mammakarzinoms bei Frauen ohne relevante Risikofaktoren
- **Große Vorsorgeuntersuchung** der Frau, d.h. mit zusätzlichem Ultraschall von Uterus und Ovarien evtl. spezielle Abstrichuntersuchungen
- Untersuchung zur **Früherkennung des Prostata-Karzinoms** mittels Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und ggf. transrektaler Sonographie
- **Brain Check:** Hirnleistungs-Check zur Früherkennung von Demenzen
- Untersuchung zur **Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen** im Kleinkind und Vorschulalter
- **Glaukomfrüherkennung** mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie
- zusätzlicher **Ultraschall in der Schwangerschaft**
- **Triple-Test** in der Schwangerschaft auf Down Syndrom und Neuralrohrdefekt

## Medizinische Serviceleistung

### Haben Sie Fragen zu den aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen?

Für die Versicherten im Tarif PREMIUM bieten wir zusätzlich zum Versicherungsschutz eine Hotline, unter der rund um die Uhr alle Fragen zu den aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen von qualifizierten Ansprechpartnern beantwortet werden.

Unter der Telefon-Hotline 01802 / 22 88 10 \* werden Ihre Fragen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr beantwortet.

\* (6 Cent aus dem deutschen Festnetz je Gespräch, Mobilfunk maximal 42 Cent je angefangene Minute.)

Wir werden bezüglich der medizinischen Dienstleistungen von

MD Medicus

Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH

Industriestraße 2a

67063 Ludwigshafen

unterstützt.

MD Medicus verfügt über eine langjährige Erfahrung als medizinischer Dienstleister.

Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern und Arzthelferinnen stehen Ihnen mit ihrem medizinischen Fachwissen zur Verfügung.

Medizinische Daten und Informationen, die Sie im Rahmen dieses Telefonats dem Expertenteam mitteilen, werden für die Bearbeitung Ihres Anliegens bei MD Medicus gespeichert und nicht an Dritte - auch nicht an uns - weitergeleitet.