

Vertragsgrundlage 010

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Gesundheitsversicherung (AVB/KGV)

Seite 1 von 12

Inhalt

	(5) Ausgeschlossene Behandelnde	7
	(6) Ausgeschlossene sonstige Behandelnde	7
	(7) Kur- und Sanatoriumsbehandlung	7
	(8) Pflegebedürftigkeit und Verwahrung	7
	(9) Übermaß und Missverhältnis	7
	(10) Subsidiarität	7
	(11) Bereicherungsverbot	7
§ 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht		2
(1) Gegenstand der Versicherung		2
(2) Versicherungsfall		2
(3) Umfang des Versicherungsschutzes		2
(4) Anwendbares Recht		2
§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes		2
(1) Beginn des Versicherungsschutzes		2
(2) Wartezeiten		2
(3) Kindernachversicherung		2
(4) Ende des Versicherungsschutzes		2
§ 3 Geltungsbereich		2
(1) Geltungsbereich und Gebührenrahmen		2
(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland		3
§ 4 Voraussetzung für Erstattungsfähigkeit		3
(1) Anerkannte Leistungserbringer im Gesundheitswesen		3
(2) Anerkannte Krankenhäuser		3
(3) Anerkannte Behandlungen und Therapien		3
§ 5 Umfang der Leistungspflicht		4
(1) Umfang der Leistung		4
(2) Arzneimittel		4
(3) Heilmittel		4
(4) Hilfsmittel		4
(5) Präventionskurse		5
(6) Schutzimpfungen		5
(7) Kinderwunschbehandlung		5
(8) Gemischte Anstalten		5
(9) Rehabilitationsmaßnahmen		5
(10) Anschlussheilbehandlung		5
(11) Entziehungsmaßnahmen		5
(12) Häusliche Krankenpflege		6
(13) Haushaltshilfe		6
(14) Soziotherapie		6
(15) Sozialpädiatrische Behandlungen und Frühförderung		6
(16) Palliativversorgung		6
(17) Voll- oder teilstationäre Hospizversorgung		6
(18) Erst- und Folgeschulungen		7
(19) Organtransplantationen/Knochenmarkspenden		7
(20) Verwendung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)		7
§ 6 Einschränkungen der Versicherungsleistungen		7
(1) Wehrdienstbeschädigung		7
(2) Kriegsereignisse		7
(3) Straftaten		7
(4) Vorsatz		7
	(5) Ausgeschlossene Behandelnde	7
	(6) Ausgeschlossene sonstige Behandelnde	7
	(7) Kur- und Sanatoriumsbehandlung	7
	(8) Pflegebedürftigkeit und Verwahrung	7
	(9) Übermaß und Missverhältnis	7
	(10) Subsidiarität	7
	(11) Bereicherungsverbot	7
	§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen	8
	(1) Nachweise	8
	(2) Fälligkeit	8
	(3) Empfangsberechtigte Person	8
	(4) Krankheitskosten in ausländischer Währung	8
	(5) Kosten für die Überweisung	8
	(6) Abtretung	8
	§ 8 Beitragszahlung und -berechnung	8
	(1) Beitragszahlung	8
	(2) Beitragsberechnung	9
	(3) Beitragsanpassung	9
	§ 9 Obliegenheiten	9
	(1) Obliegenheiten	9
	(2) Folgen von Obliegenheitsverletzungen	9
	(3) Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	9
	§ 10 Ende des Versicherungsverhältnisses	10
	(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer	10
	(2) Kündigung durch den Versicherer	10
	(3) Sonstige Beendigungsgründe	10
	§ 11 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	11
	(1) Änderung im Gesundheitswesen	11
	(2) Höchststrichterliche Entscheidung	11
	§ 12 Tarifwechsel	11
	(1) Wechsel in andere Tarife	11
	(2) Wechsel in den Standardtarif	11
	(3) Wechsel in den Basistarif	11
	§ 13 Sonstige Bestimmungen	11
	(1) Willenserklärungen und Anzeigen	11
	(2) Digitale Kommunikation	11
	(3) Auskunftspflicht des Versicherers	11
	(4) Gerichtsstand	12
	(5) Trennung / Scheidung	12
	(6) Aufrechnung	12
	Außergerichtliche Streitbeilegung	12



§ 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht

(1) Gegenstand der Versicherung

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 Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall

1 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.

2 Als Versicherungsfall gelten auch

- a) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme geltenden gesetzlich eingeführten Programmen (Vorsorgeuntersuchungen), ohne die dort festgelegten Altersbegrenzungen für Erwachsene jeweils maximal einmal pro Versicherungsjahr,
- b) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- c) die Behandlung wegen eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/Insemination),
- d) der nicht-rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch und
- e) der Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren in Textform getroffenen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Gesundheitsversicherung (AVB/KGV), den Tarifbedingungen des versicherten Tarifs sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Wartezeiten

Es gelten keine Wartezeiten.

(3) Kindernachversicherung

1 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn

- der vor Vollendung der 20. Schwangerschaftswoche gestellte Versicherungsantrag des Elternteils vom Versicherer angenommen wurde oder
- 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.

2 Der Versicherungsschutz darf nicht höher und umfassender sein, als der eines versicherten Elternteils. Sind beide Elternteile beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein, wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltstufe vorhanden ist.

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

(4) Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 3 Geltungsbereich

(1) Geltungsbereich und Gebührenrahmen

1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Deutschland, in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) und in den Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR).

2 Bei Auslandsaufhalten bis zu einer Dauer von 6 Monaten erstreckt sich der Versicherungsschutz mit Beginn des 13. Monats des Versicherungsschutzes auch auf Heilbehandlungen in Ländern außerhalb der EU und des EWR.

In den ersten 12 Monaten des Versicherungsschutzes erstreckt sich der Versicherungsschutz nur auf Auslandsaufhalte bis zu einer Dauer von 6 Wochen. Dies gilt nicht für die Kindernachversicherung, sofern mit dem bei uns versicherten Elternteil bereits eine Vereinbarung auf Versicherungsschutz außerhalb der EU und des EWR gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 3 AVB/KGV besteht. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 3 AVB/KGV entsprechend.

3 Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflichen Leistungen erstattungsfähig, soweit die Berechnung der Aufwendungen nach den dort geltenden Abrechnungsbestimmungen erfolgt. Dies gilt nicht, wenn

- der Auslandsaufhalt zum Zwecke der Heilbehandlung oder der in § 1 Abs. 2 Nr. 2 AVB/KGV als Versicherungsfälle geltenden Sachverhalte erfolgt, oder
- eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland vorliegt.



4 Bei einem Auslandsaufenthalt, der auch zum Zwecke der Heilbehandlung, oder der in § 1 Abs. 2 Nr. 2 AVB/KGV als Versicherungsfälle geltenden Sachverhalte erfolgt, bleibt der Versicherer im Hinblick auf die geplante Behandlung höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Dies gilt nicht

- für Entbindungen, sofern ein Elternteil zum Zeitpunkt der Entbindung die Staatsangehörigkeit des Staates besitzt, der zum Zwecke der Entbindung aufgesucht wird.
- bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, die in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt in Textform zugesagt hat.
- wenn im Rahmen eines Notfalles ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

1 Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts liegt stets und von Beginn an vor, wenn ein Auslandsaufenthalt länger als 6 Monate dauert; kurzfristige Unterbrechungen bleiben unberücksichtigt.

2 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat der EU und des EWR bleibt der Versicherer ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass Behandlungskosten auch ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts bis zur in § 3 Abs. 1 Nr. 3 S.1 AVB/KGV festgelegten Höhe erstattet werden.

Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des 6. Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder für die Zeit des Auslandsaufenthalts einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet.

Der Versicherer verpflichtet sich darüber hinaus mit dem Versicherungsnehmer eine Verlängerung der Vereinbarung abzuschließen, sofern der entsprechende Antrag jeweils spätestens bis zum Ablauf der Vereinbarung beim Versicherer eingeht. Er ist berechtigt, auch diese Vereinbarung erneut zu befristen und/oder für die Zeit des Auslandsaufenthalts einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

3 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der EU oder des EWR endet der Versicherungsschutz zum Ende des 6. Monats nach dem Zeitpunkt, zu dem der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass das Versicherungsverhältnis über den 6. Monat des Auslandsaufenthalts hinaus fortgeführt wird, und dass Behandlungskosten ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts in der in § 3 Abs. 1 Nr. 3 AVB/KGV festgelegten Höhe erstattet werden.

Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrages, sofern

- die rechtlichen Bestimmungen des Aufenthaltslandes dies zulassen und der Versicherer aufgrund der Fortführung des Versicherungsverhältnisses keiner besonderen Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb im betreffenden Aufenthaltsland bedarf und
- der Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des 6. Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht und

- der Versicherungsnehmer weiterhin über eine Postanschrift in Deutschland verfügt und eine deutsche Kontoverbindung zum Einzug der Beiträge bzw. Auszahlung der Leistung unterhält.

Die Vereinbarung wird einmalig für die Dauer von max. 36 Monate geschlossen. Der Versicherer ist berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag für die Zeit des Auslandsaufenthalts zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet. Das Versicherungsverhältnis endet nach Ablauf von 36 Monaten oder zu dem Zeitpunkt, zu dem die zuständige Aufsichtsbehörde des Aufenthaltslandes die Beendigung des Versicherungsverhältnisses vom Versicherer verlangt.

4 Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 und 3 AVB/KGV im Rahmen einer Vereinbarung verlangen kann, sind angemessen, wenn in dem Aufenthaltsland die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher sind als die durchschnittlichen Kosten in Deutschland.

5 Ist es dem Versicherungsnehmer, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 und 3 AVB/KGV fristgerecht beim Versicherer zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, zu dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.

6 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts aus Deutschland kann der Versicherungsnehmer stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthalts in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

§ 4 Voraussetzung für Erstattungsfähigkeit

(1) Anerkannte Leistungserbringer im Gesundheitswesen

1 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch Ärzte in Notfallambulanzen der Krankenhäuser oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Sinne des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V), unabhängig davon, ob diese an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder nicht, in Anspruch nehmen.

2 Erstattungsfähig sind auch Leistungen von freiberuflichen Hebammen, Entbindungspflegern sowie von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- bzw. Heilhilfsberufe).

3 Erstattungsfähig sind neben den Leistungen von ärztlichen Psychotherapeuten auch Leistungen von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

4 Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen in Anspruch genommen werden.

5 Bei häuslicher Krankenpflege und bei spezialisierter ambulanter Palliativversorgung können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben.

(2) Anerkannte Krankenhäuser

Der versicherten Person steht die Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, frei.

(3) Anerkannte Behandlungen und Therapien

1 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in § 4 Abs. 1 Nr. 1 AVB/KGV genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

2 Digitale Produkte, die dem Anwendungsbereich des Medizinprodukte-



gesetzes unterliegen, müssen entweder von den in § 4 Abs. 1 Nr. 1 AVB/ KGV genannten Behandlern verordnet werden oder aber es besteht vor der Behandlung eine Kostenzusatz des Versicherers.

Zubehör für digitale (Medizin-) Produkte sind Gegenstände, die vom Hersteller dazu bestimmt sind, ausschließlich mit einem digitalen (Medizin-) Produkt verwendet zu werden, damit dieses entsprechend der von ihm festgelegten Zweckbestimmung angewendet werden kann.

Nicht erstattungsfähig sind die Unterhalts- und Betriebskosten für digitale Produkte einschließlich Zubehör, wie z.B. Kosten für Strom oder Batterien.

3 Der Versicherer leistet in vertraglichem 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.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Umfang der Leistung

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Tarifbedingungen des versicherten Tarifs in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

(2) Arzneimittel

1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Arzneimittel inklusive Vitaminpräparate, die als Arzneimittel zugelassen sind. Aufwendungen für Sondernahrung, die enteral und parenteral zugeführt wird, sind erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

2 Folgende Arzneimittel werden nicht erstattet:

- Empfängnisverhütende Mittel (z. B. Ovulationshemmer), es sei denn, es liegt eine Grunderkrankung vor
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses
- Präparate zur Raucherentwöhnung

3 Im Rahmen der alternativen Medizin sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin erstattungsfähig.

(3) Heilmittel

1 Als Heilmittel gelten Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie, Logopädie und Podologie. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der Versicherer unter den Voraussetzungen des §203 Abs. 3 VVG die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

2 Außerdem sind bei einer Schwangerschaft ein Schwangerschaftsgymnastik-, ein Rückbildungsgymnastikkurs sowie die Kosten des Geburtsvorbereitungskurses im Rahmen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) erstattungsfähig.

(4) Hilfsmittel

1 Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen, und Geräte, die am Patienten für therapeutische Zwecke angewendet werden (Therapiegeräte).

2 Erstattungsfähig sind insbesondere folgende Hilfsmittel:

- a) Sehhilfen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel), elektronische Lesegeräte (bis max. 2.450 Euro), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1.450 Euro pro Hörgerät; diese Höchstgrenze gilt nicht für teilimplantierte knochenverankerte Hörhilfen), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;
- b) Orthopädische Hilfsmittel (z. B. orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 Euro an), orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Versicherungsjahr begrenzt ist; Orthesen, Bandagen);
- c) Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen, künstliches Auge), Orthesen, Herzschrittmacher, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 520 Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Alopezie totalis, Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;
- d) Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör;
- e) Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräten;
- f) Überwachungsmonitore (z. B. Pulsoximeter, Herzüberwachungsmonitore), Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Bettwärmertherapiegeräte (bis max. 120 Euro);
- g) Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergikerbettwäsche (= Encasings, bis max. 200 Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt - eines Blindenhundes;
- h) Bewegungsschienen (max. 600 Euro pro Versicherungsfall) und Tens-/EMS-Geräte (bis max. 150 Euro pro Gerät);
- i) Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen erforderlich ist.

3 Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Reparatur und Wartung (inklusive Ersatzteile) der Hilfsmittel nach § 5 Abs. 4 Nr. 1 und 2 AVB/ KGV sowie die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch.

4 Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat,
- die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- die sonstigen sanitär oder medizinisch-technischen Bedarfsartikeln (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) oder allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens (z. B. Matratzen, Autositze) zuzuordnen sind,

sowie die Unterhalts- bzw. Betriebskosten für Hilfsmittel (wie z. B. für Strom oder Batterien).

5 Leistungen anderer Kostenträger werden auf unsere Leistungen angerechnet.

6 Unter den Voraussetzungen des §203 Abs. 3 VVG ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, die genannten Geldbeträge anzupassen.



(5) Präventionskurse

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Präventionskurse. Als Präventionskurse gelten Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Voraussetzung für die Erstattung ist, dass ein Nachweis über die Teilnahme (mindestens 80 % der Kurseinheiten) vorgelegt wird. Dies ist vom Kursanbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen.

(6) Schutzimpfungen

Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden, auch wenn sie aus Anlass einer privaten Auslandsreise durchgeführt werden.

(7) Kinderwunschbehandlung

1 Aufwendungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/Insemination) sind unter der Voraussetzung erstattungsfähig, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,
- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und
- eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15%) besteht.

Ein Leistungsanspruch besteht für

- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder
- bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder
- bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).

2 Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen jedoch erfolglos verlaufen ist. Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht ein erneuter Anspruch auf Leistungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern, solange sämtliche in § 5 Abs. 7 Nr. 1 AVB/KGV genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

3 Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für künstliche Befruchtung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem sonstigen Leistungsträger einschließlich der Beihilfe oder bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

4 Nach einer medizinisch nicht notwendigen Sterilisation besteht kein Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern.

(8) Gemischte Anstalten

Für stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Anstalt), im Übrigen aber die Voraussetzungen von § 4 Abs. 2 AVB/KGV erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt,
- eine Operation durchgeführt wird, die so auch in einem anderen Krankenhaus hätte durchgeführt werden können,
- die gemischte Anstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten ist,
- es sich um die Behandlung einer Tuberkulose-Erkrankung in einer Tuberkulose-Heilstätte und -Sanatorium handelt,

- es sich um die medizinisch notwendige stationäre Behandlung einer Erkrankung handelt, die während des Aufenthalts in der gemischten Anstalt akut aufgetreten ist. Der Versicherer leistet dabei nur für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung

oder der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung in Textform zugesagt hat.

(9) Rehabilitationsmaßnahmen

1 Erstattungsfähig sind medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, sofern diese vom Versicherer zugesagt wurden. Voraussetzung für eine Zusage ist insbesondere, dass

- kein anderer Leistungsträger die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahmen trägt bzw. die Übernahme der Kosten nicht aus formalen Gründen abgelehnt wurde.
- die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wird, die über einen Versorgungsvertrag mit einem gesetzlichen Rehabilitationsträger verfügt.

2 Aufwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger verlangen könnte oder, sofern zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer eine Vergütungsvereinbarung besteht, bis zu der dort genannten Höhe.

(10) Anschlussheilbehandlung

1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen, die innerhalb von 4 Wochen im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung erfolgen (Anschlussheilbehandlung), sofern dies vom Versicherer zugesagt wurde. Die Frist von 4 Wochen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen verlängert werden. Eine Zusage ist nicht erforderlich bei Anschlussheilbehandlungen nach Herztransplantationen, Bypassoperationen, akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheibenoperationen, Gelenkersatzoperationen, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schweren Schädel-Hirnverletzungen, Nierentransplantation und Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen.

Voraussetzung für die Leistung ist, unabhängig von der Erforderlichkeit einer Zusage, dass

- kein anderer Leistungsträger die Kosten für die Anschlussheilbehandlung trägt bzw. die Übernahme der Kosten nicht aus formalen Gründen abgelehnt wurde.
- bei ambulanten Anschlussheilbehandlungen die ambulante Rehabilitationseinrichtung unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes steht.

2 Erbringt ein Arzt die Leistungen im Rahmen einer ambulanten Anschlussheilbehandlung, richtet sich die Erstattung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

(11) Entziehungsmaßnahmen

1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen wegen Suchterkrankung (Entziehungsmaßnahmen), sofern diese vom Versicherer zugesagt wurden. Voraussetzung für eine Zusage ist insbesondere, dass

- kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung besteht; das Fehlen eines anderweitigen Anspruchs darf nicht dadurch begründet sein, dass die versicherte Person Häuser/Einrichtungen aufsucht, in denen der anderweitige Anspruch dem Grunde nach nicht gegeben ist, oder dass die Übernahme der Kosten nicht aus formalen Gründen abgelehnt wurde.
- eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht.
- es sich nicht um eine Entziehungsmaßnahme wegen Nikotinsucht handelt.



- die Maßnahme in einer Einrichtung (auch Tagesklinik) durchgeführt wird, die über einen Versorgungsvertrag mit einem gesetzlichen Rehabilitationsträger verfügt.

2 Aufwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger verlangen könnte oder, sofern zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer eine Vergütungsvereinbarung besteht, bis zu der dort genannten Höhe. Gesonderte Wahlleistungen sind nicht erstattungsfähig.

(12) Häusliche Krankenpflege

1 Die häusliche Krankenpflege umfasst die Behandlungspflege, die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.

2 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege, sofern sie zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erfolgt (Sicherungspflege), diese Maßnahme nicht durch eine im Haushalt lebende Person sichergestellt werden kann und die Leistungen durch Pflegefachkräfte erbracht werden. Werden im Rahmen einer Behandlungspflege Leistungen der Beatmungspflege erbracht, wird der festgestellte Pflegeaufwand aus der Pflegepflichtversicherung in Minuten zu 100% bei der Erstattung der Kosten in Abzug gebracht.

3 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für häusliche Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung sowie Behandlungspflege im Rahmen einer Krankenhausvermeidungspflege. Krankenhausvermeidungspflege liegt bei einer ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege durch Pflegekräfte vor, wenn eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig wäre, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Behandlungsfall). Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

4 Die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

(13) Haushaltshilfe

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Haushaltshilfe, wenn

- der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aufgrund einer Krankenhausbehandlung, einer Anschlussheilbehandlung, einer Schwangerschaft und Entbindung, einer häuslichen Behandlungspflege oder einer Rehabilitationsmaßnahme, für die der Versicherer die Aufwendungen trägt, nicht möglich ist und
- im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann und
- diese vom Versicherer in Textform zugesagt wurde.

(14) Soziotherapie

1 Die Soziotherapie umfasst die Anleitung und Motivation sowie die erforderliche Koordination, um die versicherte Person in die Lage zu versetzen, ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen.

2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Soziotherapie, wenn

- die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und
- dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist und

- diese durch einen Arzt für Psychotherapie, einen Facharzt für Neurologie, einen Facharzt für Nervenheilkunde oder einen psychologischen Psychotherapeuten verordnet und von diesem ein Behandlungsplan erstellt wurde.

3 Personen, die in betreuten Wohngemeinschaften leben oder in vergleichbaren Einrichtungen betreut werden, haben keinen Anspruch auf Soziotherapie.

4 Unter den Voraussetzungen des §203 Abs. 3 VVG ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise, die im Tarif genannten Geldbeträge anzupassen.

(15) Sozialpädiatrische Behandlungen und Frühförderung

1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche verordnete sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres bis zu den Beträgen, die der Verband der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringern vereinbart hat, oder - sofern eine solche Vereinbarung nicht geschlossen wurde - bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat. Voraussetzung ist, dass kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht.

2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für heilpädagogische Maßnahmen.

(16) Palliativversorgung

1 Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Anspruchsberechtigt sind Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

2 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen. Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.

3 Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass die Verordnung auch Angaben zu der voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält. Erfolgt die Verordnung durch Krankenhausärzte, darf sie 7 Tage nicht überschreiten.

4 Sofern die Leistungen nicht von einem Arzt erbracht werden, werden die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen könnte.

5 Leistungen einer Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.

(17) Voll- oder teilstationäre Hospizversorgung

1 Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.



2 Erstattungsfähig sind, sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherer abgeschlossen hat, die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

3 Leistungen der Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.

(18) Erst- und Folgeschulungen

Für Erst- und Folgeschulungen für Erkrankungen erstattet der Versicherer bei einer ärztlich bestätigten Erkrankung, wie zum Beispiel Diabetes und Asthma, die Aufwendungen, die gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hierfür abrechnungsfähig sind.

(19) Organtransplantationen/Knochenmarkspenden

Für Organtransplantationen/Knochenmarkspenden leistet der Versicherer im Rahmen der geltenden Selbstverpflichtungserklärung des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen e. V..

(20) Verwendung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)

1 Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsanteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

2 Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

3 Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

§ 6 Einschränkungen der Versicherungsleistungen

(1) Wehrdienstbeschädigung

Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten und Unfälle, einschließlich ihrer Folgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind und welche vor Versicherungsbeginn eingetreten sind.

(2) Kriegsereignisse

1 Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, einschließlich ihrer Folgen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht werden.

2 Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, einschließlich ihrer Folgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern

- vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für den Aufenthaltsort der versicherten Person bestand oder
- nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für den Aufenthaltsort der versicherten Person ausgesprochen wird und die versicherte Person den Aufenthaltsort nicht unverzüglich verlässt, obwohl für sie die Möglichkeit hierzu besteht.

3 Der Leistungsausschluss gilt nicht für Terrorereignisse.

(3) Straftaten

Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat.

(4) Vorsatz

Keine Leistungspflicht besteht für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

(5) Ausgeschlossene Behandelnde

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch in § 4 Abs. 1 und 2 AVB/KGV genannten Leistungserbringern bzw. Krankenhäuser, 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.

(6) Ausgeschlossene sonstige Behandelnde

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(7) Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Keine Leistungspflicht besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlung, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(8) Pflegebedürftigkeit und Verwahrung

Keine Leistungspflicht besteht für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(9) Übermaß und Missverhältnis

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.

(10) Subsidiarität

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

(11) Bereicherungsverbot

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



§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Nachweise

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können dem Versicherer sowohl elektronisch übermittelt als auch in Textform oder im Original vorgelegt werden. Die Nachweise werden Eigentum des Versicherers.

(2) Fälligkeit

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

(3) Empfangsberechtigte Person

Der Versicherer ist verpflichtet, an ausschließlich 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) Krankheitskosten in ausländischer Währung

Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs 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.

(5) Kosten für die Überweisung

Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können mit den Leistungen verrechnet werden.

(6) Abtretung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 8 Beitragszahlung und -berechnung

(1) Beitragszahlung

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 Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3

VVG) 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 01. 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 ist zu verzinsen. Der Zinssatz beträgt für das Jahr 5% Punkte über den Basiszinssatz.

3 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

4 Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

5 Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in angemessener Höhe 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 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) 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 stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Altersrückstellung. Während der Ruhezeit 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.



6 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG 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.

(2) Beitragsberechnung

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

2 Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifstufe und dem Geburtsjahr. Bei einer Beitragsänderung gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

3 Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 2 S. 2 AVB/KGV erreicht hat.

4 Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

5 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) 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 der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

6 Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(3) Beitragsanpassung

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 3% in Bezug auf die Versicherungsleistungen oder von mehr als 5% in Bezug auf die Sterbewahrscheinlichkeit, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen 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 (§ 12 Abs. 2 Nr. 1 S. 2 AVB/KGV) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 12 Abs. 3 S. 2 AVB/KGV) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den unab-

hängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

§ 9 Obliegenheiten

(1) Obliegenheiten

1 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 3 AVB/KGV) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

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

4 Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen 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.

(2) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 AVB/KGV genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

(3) Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

2 Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienen- des 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 vor- sätzlich die in den § 9 Abs. 3 Nr. 1 und 2 AVB/KGV genannten Oblie- genheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von den Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens ent- sprechenden 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 Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die § 9 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 AVB/KGV entsprechend anzuwenden.



§ 10 Ende des Versicherungsverhältnisses

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des 2. Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

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 Krankheitskostenversicherung 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 Krankheitskostenversicherung 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 Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

4 Versicherungsnehmer, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 AVB/KGV Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes in einem Tarif für gesetzlich krankenversicherte Personen des Versicherers fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

5 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.

6 Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 11 Abs. 1 AVB/KGV, 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 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

8 Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG), setzt die Kündigung nach § 10 Abs. 1 Nr. 1, 2, 5, 6 und 7 AVB/KGV 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.

9 Bei Kündigung einer substitutiven Krankenversicherung (§ 195 Abs. 1 VVG) und gleichzeitigem Abschluss einer neuen substitutiven Krankenversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

11 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.

12 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.

(2) Kündigung durch den Versicherer

1 In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§193 Abs. 3 VVG) sowie in der substitutiven Krankenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen.

2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

4 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 10 Abs. 1 Nr. 11 S. 1 und 2 AVB/KGV entsprechend.

(3) Sonstige Beendigungsgründe

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 Staat außerhalb der EU/EWR, endet insoweit das Versicherungsverhältnis zum Ende des 6. Monats nach dem Zeitpunkt, zu dem der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde, es sei denn, es wird aufgrund einer Vereinbarung nach § 3 Abs. 2 Nr. 3 AVB/KGV fortgeführt.

§ 11 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Änderung im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den geänderten 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) Höchstrichterliche Entscheidung

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.

§ 12 Tarifwechsel

(1) Wechsel in andere Tarife

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 (Altersrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein angemessener Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten, sofern der Tarif diese vorsieht. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 153 VAG ist ebenfalls ausgeschlossen.

(2) Wechsel in den Standardtarif

1 Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung 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 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung 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 § 12 Abs. 2 Nr. 1 AVB/KGV gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

(3) Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfsbedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung 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 hilfsbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzung wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 12 Abs. 2 Nr. 1 S. 4 AVB/KGV gilt entsprechend.

§ 13 Sonstige Bestimmungen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

(2) Digitale Kommunikation

Hat der Versicherungsnehmer einer digitalen Kommunikation mit dem Versicherer ausdrücklich zugestimmt, erfolgen alle Erklärungen des Versicherers grundsätzlich auf digitalem Weg über das Kundenportal von AXA. Von der digitalen Kommunikation ausgeschlossen sind jedoch solche Erklärungen des Versicherers, die der Schriftform bedürfen. Ein Anspruch des Kunden auf die elektronische Zustellung aller Dokumente besteht nicht.

(3) Auskunftspflicht des Versicherers

1 Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung in Textform 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 Kostenvorschlag 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.

2 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 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.



(4) Gerichtsstand

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 Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 2 AVB/KGV) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

4 Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in § 13 Abs. 4 Nr. 3 AVB/KGV genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen: Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht. Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist Köln oder ein anderer Ort in Deutschland, den die deutsche Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen. Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass außer den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

All disputes between the parties hereto arising from or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law. The venue for all disputes between the parties arising from or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz). This forum selection clause is also provided in English to emphasize that venue in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not be appropriate in any forum in the world other than the locations set forth within this paragraph.

(5) Trennung / Scheidung

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 10 Abs. 1 Nr. 8 AVB/KGV gilt entsprechend.

(6) Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Gültig ab 04/2019

Außergerichtliche Streitbeilegung

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.



Vertragsgrundlage 100

Tarifbedingungen für den Tarif ActiveMe-U

Diese Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Gesundheitsversicherung (AVB/KGV), VG010

A. Leistungen des Versicherers	Erstattungssatz	Erstattungsfähige Aufwendungen
A. (1) Ambulante Heilbehandlung	100%	<p>für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - durch Ärzte, wenn für die Behandlung ein Gesundheitslotsen in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der Gesundheitslotsen zur Mit-/Weiterbehandlung an einen Facharzt überwiesen wird. Als Gesundheitslotsen werden anerkannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt - Ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, der die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hat - Ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) - Ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt - Ein Arzt, der über einen von AXA zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert wird <p>Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen. Ansonsten ist der Versicherer berechtigt die Erstattung auf der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p>
	80%	<p>für Arzneimittel, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - es sich um ein Generikum handelt. - es sich um ein Originalpräparat handelt, für das es zum Zeitpunkt der Verordnung kein Generikum gibt. - bei einem Notfall oder Unfall auf ein Originalpräparat zurückgegriffen wird. - nicht auf ein Generikum zurückgegriffen werden kann, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums bei der versicherten Person entweder nachweislich allergische Reaktionen auftreten oder die begründete Gefahr allergischer Reaktionen gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind. - ein Wirkstoff der Substitutionsausschlussliste des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zum Zeitpunkt der Verordnung gültig war, bezogen wird. <p>Ansonsten ist der Versicherer berechtigt die Erstattung auf der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p>
	100%	für Verbandmittel .
	100%	für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen.
	100%	für Schutzimpfungen .
	100%	für die Teilnahme an maximal zwei Präventionskursen pro Versicherungsjahr. Die Gesamtleistung ist begrenzt auf maximal 200,- Euro pro Versicherungsjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem der Nachweis über die Teilnahme erstellt wird.
	80%	für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker - außer Psychotherapie - einschließlich verordneter Arzneimittel. Die Gesamtleistung ist begrenzt auf maximal 1.000,- Euro pro Versicherungsjahr.
	80%	für ambulante Psychotherapie .
	80%	für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/Insemination).
	100%	für Hilfsmittel gemäß § 5 Abs. 4 AVB/KGV - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft, noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die Aufwendungen.



Fortsetzung A. (1) Ambulante Heilbehandlung	80% Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuhleinlagen sowie Bandagen; - Kompressionsstrümpfe; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß § 5 Abs. 4 AVB/KGV; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.
	100% für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Die Gesamtleistung ist für zwei aufeinanderfolgende Versicherungsjahre auf maximal 250,- Euro begrenzt.
	100% für operative Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik, Lasek, Linsenimplantate). Die Gesamtleistung - inklusive Vor- und Nachuntersuchungen - ist auf maximal 1.000,- Euro je Auge pro Versicherungsfall begrenzt.
	80% für Heilmittel gemäß den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen. Die Begrenzung auf 80% erfolgt lediglich bis zu einer Leistung in Höhe von 1.600,- Euro pro Versicherungsjahr. Darüber hinaus werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100% erstattet.
	100% für Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen.
	100% für Sozialpädiatrie und Frühförderung .
	100% für spezialisierte ambulante Palliativversorgung .
	100% für Soziotherapie . Der Anspruch besteht für maximal 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Wird die Soziotherapie durch eine Fachkraft für Soziotherapie erbracht, wird für eine Einzeltherapie (Dauer 60 Minuten) maximal ein Rechnungsbetrag in Höhe von 39,50 Euro anerkannt. Bei einer Gruppentherapie (Dauer 60 Minuten) beträgt der maximal anzuerkennende Rechnungsbetrag 20,- Euro bei 2-3 Teilnehmern bzw. 17,- Euro bei 4-6 Teilnehmern.
	100% für Haushaltshilfe nach vorheriger Zusage. Der Anspruch besteht für maximal 14 Tage je Versicherungsfall und ist auf maximal 50,- Euro pro Tag begrenzt.
	100% für häusliche Krankenpflege . Die Leistung ist bei häuslicher Grundpflege, sowie hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege auf maximal 28 Tage je Behandlungsfall begrenzt. Die Begrenzung gilt nicht bei einer Palliativbehandlung. Nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI sind Leistungen für häusliche Krankenpflege nicht erstattungsfähig.
	100% der Transportkosten / Fahrtkosten zu und von der nächstgelegenen geeigneten ambulanten Heilbehandlung / Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit, Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen aG, Bl oder H, mindestens Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätseinschränkung, sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
	100% für Transportkosten / Fahrtkosten zu und von der nächstgelegenen Therapieeinrichtung zur Strahlentherapie / Chemotherapie oder Nierendialyse, wenn diese durch den Versicherer organisiert wurden. Ansonsten ist der Versicherer berechtigt die Erstattung auf 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.
	100% für ambulante Kurbehandlung . Es werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arznei- und Verbandmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe erstattet.
	80% für digitale Produkte , die ärztlich verordnet wurden oder für die vor der Behandlung eine Kostenzusage des Versicherers erteilt wurde, und die dem Anwendungsbereich des Medizinproduktegesetzes unterliegen, einschließlich Zubehör.



	Serviceleistungen ambulante Behandlung, Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen	
	Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an oder holen Sie sich online auf unserer Kundenplattform hilfreiche Informationen. Wir informieren Sie, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Außerdem bieten wir für verschiedene schwere- und / oder chronische Erkrankungen spezielle Begleitungsprogramme über unseren Gesundheitsservice360° an. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen zur Verfügung.	
A. (2) Stationäre Heilbehandlung	Erstattungssatz	Erstattungsfähige Aufwendungen
	100%	für stationäre Heilbehandlung. Die stationäre Heilbehandlung umfasst die vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind die Kosten für: - Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz, Psych-Entgeltgesetz bzw. Bundespflegesatzverordnung einschließlich Belegärzte - Privatärztliche Heilbehandlung und Hebammenleistungen - Gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer; Wird eine Unterbringung im Einbettzimmer gewählt, erstattet der Versicherer die Aufwendungen, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer angefallen wären Sofern ein Krankenhaus nicht unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes, Psych-Entgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung fällt, werden maximal 150% der Fallpauschale gemäß Krankenhausentgeltgesetz bzw. Psych-Entgeltgesetz erstattet. Werden die ärztlichen Leistungen nicht von angestellten Ärzten des Krankenhauses oder von Ärzten, die auf Grund eines sonstigen Dienstvertrages mit dem Krankenhaus zur Erbringung der ärztlichen Leistungen verpflichtet sind (Honorarärzte), erbracht, so sind Grundlage für die Berechnung der Erstattungshöhe von maximal 150% die Entgelte einer Belegabteilung oder die reduzierten Entgelte der Hauptabteilung gemäß Krankenhausentgeltgesetz, Psych-Entgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung.
	100%	für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
	100%	für voll- oder teilstationäre Hospizversorgung.
	100%	für Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern. Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzungen: 1) Das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2) Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abgegolten.
	Ersatzleistungen bei Verzicht auf stationäre Leistungen	
	Anstatt der Aufwendungen für Krankenhausleistungen werden gegen Vorlage eines Geburtsnachweises 1.000,- Euro bei häuslicher Entbindung eines Kindes gezahlt, bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache (Entbindungspauschale).	
Bei Verzicht oder Teilverzicht auf versicherte stationäre Leistungen gilt folgendes: Ersatzleistung pro Tag bei Verzicht auf - privatärztliche Behandlung 40,- Euro - Zweibettzimmer 30,- Euro Die Ersatzleistungen werden bei teilstationärer Behandlung in halber Höhe gezahlt.		
Serviceleistungen stationäre Behandlung		
Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und bieten eine ärztliche Zweitmeinung an. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.		
A. (3) Weitere versicherte Leistungen	Erstattungssatz	Erstattungsfähige Aufwendungen
	100%	der Betreuungspauschale bei Erkrankung eines Kindes. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass ein nach diesem Tarif versichertes Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erkrankt. Für dessen Betreuung wird ab dem vierten Tag der Erkrankung einmal pro Versicherungsjahr eine Pauschale (Einmalzahlung) von 200,- Euro gezahlt.



<p>Fortsetzung A. (3) Weitere versicherte Leistungen</p>	<p>Die Pauschale wird gezahlt, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - auch für ein Elternteil eine Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung besteht, - es nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich ist, dass ein Elternteil zur Betreuung des versicherten Kindes der Arbeit fernbleibt und - keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung übernehmen kann. <hr/> <p>100% für Rehabilitationsmaßnahmen. Ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen einer Rehabilitationsmaßnahme besteht nur einmal im Laufe von 4 Versicherungsjahren. Transport- und Fahrkosten zu ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen werden unter den in A. (1) genannten Voraussetzungen erstattet. Die gesonderte Inanspruchnahme von privatärztlichen Heilbehandlungen und die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer sind nicht erstattungsfähig.</p> <hr/> <p>100% für Anschlussheilbehandlungen. Bei stationären Anschlussheilbehandlungen sind die gesonderte Inanspruchnahme von privatärztlichen Heilbehandlungen und die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer erstattungsfähig. Transport- und Fahrkosten werden analog der Regelung unter A. (1) oder A. (2) erstattet.</p> <hr/> <p>100% für Entziehungsmaßnahmen, wenn die Beendigung der Maßnahme weder vorzeitig aus disziplinarischen Gründen, noch ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Ansonsten ist der Versicherer berechtigt die Erstattung auf</p> <p>80% der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Anspruch ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf max. 3 Entziehungsmaßnahmen begrenzt.</p> <p>Bei stationären Entziehungsmaßnahmen sind die gesonderte Inanspruchnahme von privatärztlichen Heilbehandlungen und die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer nicht erstattungsfähig.</p> <hr/> <p>100% der Aufwendungen eines aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransports aus dem Ausland, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist.</p> <p>Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer den Rücktransport organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für den Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson. Voraussetzung hierfür ist, dass die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.</p> <hr/> <p>100% für Überführung oder Bestattung. Erstattet werden die Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Überführung einer versicherten Person aus dem Ausland an deren letzten Wohnsitz, oder anstelle der Überführung - die Bestattung einer versicherten Person an deren Aufenthaltsort im Ausland bis maximal 10.000,- Euro.
<p>A. (4) Gebührenordnung / - verzeichnisse</p>	<p>Leistungen der Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Hebammen werden bis zu den in den jeweils gültigen Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet. Mehrkosten, die durch eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte entstehen, werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Rahmen einer wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistung bei stationärer Behandlung, sowie - bei ambulanten Behandlung nach vorheriger Zusage durch den Versicherer, <p>erstattet.</p> <p>Als Leistungen der Heilpraktiker werden die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Positionen anerkannt und bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.</p>



B. Selbstbeteiligung pro Versicherungsjahr	<p>Von dem Erstattungssatz für erstattungsfähige Aufwendungen nach Abschnitt A. werden 80% erstattet. Die hierdurch entstehende Selbstbeteiligung von 20% ist auf maximal 500,- Euro je Versicherungsjahr begrenzt. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die versicherte Leistung erbracht wird bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel bezogen werden.</p> <p>Für Kinder und Jugendliche ist die Selbstbeteiligung bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, auf maximal 250,- Euro je Versicherungsjahr begrenzt.</p> <p>Leistungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen nach A. (1), - Schutzimpfungen nach A. (1), - Präventionskurse nach A. (1), - ambulante Psychotherapie nach A. (1), - Heilpraktiker nach A. (1), - Heilmittel nach A. (1), - Künstliche Befruchtung/Insemination nach A. (1), - digitale Produkte nach A. (1), sowie - die stationären Ersatzleistungen nach A. (2) und - die Betreuungspauschale nach A. (3). <p>unterliegen nicht der Selbstbeteiligung.</p> <p>Im ersten Versicherungsjahr wird die Selbstbeteiligung auf den Betrag reduziert, der dem Anteil der versicherten Monate im Verhältnis zum gesamten Kalenderjahr entspricht. Bei unterjährigem Tarifwechsel gelten die Regelungen des vorherigen Satzes entsprechend für die bisherige und die neue Selbstbeteiligung. Die Regelung zur Selbstbeteiligung bei unterjährigem Tarifwechsel gilt entsprechend für eine unterjährige Anpassung der Selbstbeteiligung (§ 8 Abs. 3 AVB/KGV).</p>
C. Leistungsbegrenzungen	<p>Die im Tarif genannten Prozentsätze (Erstattungssatz) beziehen sich stets auf die erstattungsfähigen Aufwendungen. Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind nicht versichert.</p>
D. Beitragsrückerstattung aus erfolgsabhängiger RfB	<p>Beitragsrückerstattung für Leistungsfreiheit Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten. Darüber werden die Versicherten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres informiert.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Allgemeine Voraussetzung und Auszahlung Die Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (§ 5 Abs. 20 AVB/KGV) ausbezahlt.</p>
E. Beitragsreduktion während des Bezuges von Elterngeld	<p>Während der ersten 2 Monate des Bezuges von Elterngeld reduziert sich der für diesen Tarif zu zahlende monatliche Beitrag um 50%. Die Beitragsreduzierung gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht und nur, wenn für die Person keine besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung bestehen. Der Antrag auf Reduzierung des Beitrages ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn des Elterngeldes zu stellen und nachzuweisen. Die Beitragsreduktion ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung dieses Tarifes die Schwangerschaft bereits festgestellt oder das Kind bereits entbunden wurde.</p>
F. Personen in Berufsausbildung	<p>Für Personen in Berufsausbildung gelten besondere Bedingungen. Die Beiträge werden für diese Personen abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/KGV nach § 10 Abs. 4 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung ohne Alterungsrückstellungen und mit planmäßig steigenden Beiträgen kalkuliert. Versicherungsfähig zu diesen besonderen Bedingungen sind Personen die mindestens 20 Jahre alt sind und sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden. Das Alter berechnet sich analog § 8 Abs. 2 Nr. 2 AVB/KGV.</p> <p>Die besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 39. Lebensjahr vollendet wird. <p>Die besonderen Bedingungen entfallen ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt. Ab diesem Zeitpunkt werden die Beiträge nach § 8 Abs. 2 AVB/KGV kalkuliert. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht. Für die Dauer der Vereinbarung dieser besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.</p>



G. Umwandlungsoption	(1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption
	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht. Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p>
	(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung
H. Angebot zur zusätzlichen Beitragsentlastung im Alter	<p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; Die Option kann nur einmalig in Anspruch genommen werden. b) Bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand; die Option kann nur einmalig in Anspruch genommen werden. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag; d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind); e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit; f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen; g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet; h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abschließen, können zum 01.07 des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitraum 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p>
	(3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen
<p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zum 01.07 des 6. Versicherungsjahres; - Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung; - In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. 	



Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif ActiveMe-U, oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Hinweis: An dieser Stelle können wir Ihnen nur einen kurzen Einblick in das vielfältige Angebot des Tarif ActiveMe-U bieten.

Ausführliche Informationen, Anleitungen, Erklärungen, Tipps, Beispiele und Hintergrundinformationen finden Sie jederzeit online auf unserem **Kundenportal**.

Dort beantworten wir beispielsweise die Fragen:

- Was steckt hinter dem AXA Service "Online-Arzt" und wofür kann ich ihn nutzen?
- Was sind **digitale Produkte** und welche sind erstattungsfähig?
- Wie finde ich **Generika** für entsprechende Arzneimittel?
- Wie finde ich **Präventionskurse** in meiner Gegend?
- U.v.m.

Wie funktioniert das "Gesundheitslotsen-Prinzip" bei ambulanter Heilbehandlung?

Als Patient haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten. Sie entscheiden in jedem Krankheitsfall darüber, welchen Arzt Sie aufsuchen.

Der von Ihnen gewählte Tarif sieht für die ambulante Heilbehandlung das sogenannte Gesundheitslotsen-Prinzip vor. Das bedeutet, dass eine 100%ige Erstattung der Aufwendungen medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung erfolgt, wenn Sie die Behandlung durch einen Gesundheitslotsen durchführen lassen.

Gesundheitslotsen sind

- ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt,
- ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, der die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hat,
- ein Facharzt für Gynäkologie,
- ein Facharzt für Augenheilkunde (Augenarzt),
- ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt),
- ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt
- oder ein Arzt, der über einen von AXA zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert wird ("Online-Arzt").

Für die Behandlung durch alle weiteren (Fach-)Ärzte benötigen Sie im Tarif ActiveMe-U zunächst eine Überweisung durch einen Gesundheitslotsen, um eine Erstattung von 100% zu erhalten. Diese Regel gilt jeweils für alle Behandlungen, die einen Krankheitsfall (Versicherungsfall) betreffen.

Solange der weiterbehandelnde Facharzt wegen der ursprünglichen Diagnose konsultiert wird, benötigen wir keine neue Überweisung. Ändert sich allerdings das Erkrankungsbild, muss zunächst wieder der Gesundheitslotse aufgesucht werden.

Sollten Sie es für sich für zweckmäßig halten, direkt einen Facharzt aufzusuchen, der kein Gesundheitslotse ist, tragen Sie von den Kosten der medizinisch notwendigen Behandlung sowie sonstiger Therapiekosten 20% selbst; der Erstattungssatz beträgt also 80%. Wird eine eventuelle Folgebehandlung dann durch einen Gesundheitslotsen durchgeführt bzw. durch einen Facharzt nach Überweisung durch den Gesundheitslotsen, werden diese Kosten zu 100% erstattet. Die Wahl eines Facharztes bei der Erstbehandlung führt also nicht zwingend dazu, dass sämtliche Folgebehandlungen zu 20% von Ihnen zu tragen sind. Sie beeinflussen den Kostenerstattungssatz dadurch, dass Sie die Zweitbehandlung/Folgebehandlung durch einen Gesundheitslotsen durchführen lassen. Nachträgliche Überweisungen können wir jedoch nicht anerkennen.

Bei einem Arztwechsel von einem Gesundheitslotsen zu einem (anderen) Facharzt lassen Sie sich bitte eine Überweisung ausstellen, die Sie uns mit den Rechnungen zuschicken. Außerdem benötigen wir dann die Rechnungen des Gesundheitslotsen und des weiter behandelnden Arztes zusammen.

Welche Schutzimpfungen sind versichert?

Die Ständige Impfkommission (STIKO) gibt jährlich eine offizielle Empfehlung für Schutzimpfungen heraus.

Welche Schutzimpfungen für Sie im Einzelfall sinnvoll sind, stimmen Sie am besten mit Ihrem Arzt ab. Impfungen im Rahmen der Empfehlungen durch Ihren Arzt und die STIKO werden von uns erstattet - ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt- auch wenn sie aus Anlass einer privaten Reise durchgeführt werden.

Sind "ambulante Operationen" versichert?

Erstattungsfähig sind auch ambulante Operationen bei niedergelassenen Ärzten und in Krankenhäusern.

Sind Sterilisationen versichert?

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Sterilisationen. Eine nicht aufgrund von Krankheit durchgeführte Sterilisation ist nicht erstattungsfähig.

Worauf müssen Sie beim Bezug von Arzneimitteln achten?

Der von Ihnen gewählte Tarif sieht für den Bezug von Arzneimitteln das sogenannte Generika-Prinzip vor. Das bedeutet, dass eine 100%ige Erstattung von Arzneimitteln erfolgt, wenn es sich bei diesen um "Generika" handelt.

Ein Generikum ist ein wirkstoffgleiches Arzneimittel eines bereits auf dem Markt erhältlichen Originalpräparats. Es wird auf den Markt gebracht, sobald der Patentschutz des Originalpräparats ausläuft. Dabei ist ein Generikum denselben hohen Anforderungen an eine Zulassung als Arzneimittel unterworfen, wie das Originalpräparat.

Generika sind jedoch im Durchschnitt rund zwei Drittel günstiger als Originalpräparate, da keine Forschungs- und nur geringe Entwicklungskosten anfallen. Somit tragen Sie aktiv zur Stabilisierung Ihrer Beiträge bei, ohne dass die Versorgungsqualität sinkt.

Sollte es noch kein Generikum für das verordnete Arzneimittel geben, erhalten Sie natürlich auch beim Bezug eines Originalpräparats eine 100%ige Erstattung der angefallenen Aufwendungen. Außerdem können in seltenen Fällen medizinische Gründe gegen eine erstmalige Verordnung von bzw. gegen eine Umstellung auf Generika vorliegen. Sollte dies der Fall und ärztlich nachgewiesen sein, erhalten Sie auch hier eine 100%ige Erstattung der Aufwendungen. Ansonsten wird der Erstattungssatz auf 80% reduziert.

Sprechen Sie am besten direkt Ihren Arzt und/oder Apotheker auf das Thema Generika an, der Sie gerne dazu beraten wird.

Außerdem sind folgende Mittel in der Regel keine Arzneimittel und sind somit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Präparate, die im Rahmen einer Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z. B. Faltenglättung) eingesetzt werden
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Stärkungsmittel
- kosmetische Mittel, Pflegemittel, Badezusätze sowie Mineralwässer, auch wenn sie von einem Leistungserbringer im Gesundheitswesen verordnet sind



Was müssen Sie beachten, wenn Sie ins Ausland reisen?

Auslandsaufenthalte im europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Staaten des EWR. Derzeit gehören dem EWR alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen an.

Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts im EWR haben Sie tariflichen Versicherungsschutz.

Bei einem Auslandsaufenthalt im EWR von mehr als 6 Monaten sind die Leistungen im Ausland auf die in Deutschland üblichen Kosten begrenzt. Sie können jedoch einen erweiterten Versicherungsschutz ohne diese Leistungsbegrenzung mit uns vereinbaren, wenn Sie sich vor Ablauf des 6. Monats bei uns melden.

Auslandsaufenthalte außerhalb des EWR

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in Staaten außerhalb des EWR besteht in den ersten 12 Monaten Ihrer Vertragslaufzeit ein Versicherungsschutz für Reisen bis zu 6 Wochen.

Nach 12 Monaten haben Sie für vorübergehende Aufenthalte mit einer Gesamtdauer von bis zu 6 Monaten tariflichen Versicherungsschutz.

Bei Aufenthalten von mehr als sechs Monaten in Staaten außerhalb des EWR haben Sie nur dann Versicherungsschutz, wenn Sie vor Ablauf des 6. Monats einen Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes bei uns stellen und eine entsprechende Vereinbarung treffen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Rahmen einer solchen besonderen Vereinbarung für Länder mit höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten (z. B. USA) Beitragszuschläge für die Dauer des Auslandsaufenthaltes erheben müssen. Darüber hinaus wird die Vereinbarung nur einmalig für die Dauer von maximal 36 Monaten getroffen und nur unter der Bedingung, dass die rechtlichen Bestimmungen des angedachten Aufenthaltslandes eine Vereinbarung zulassen.

Wichtig: In allen Fällen ist Voraussetzung, dass Sie über eine Korrespondenzanschrift in Deutschland und eine deutsche Bankverbindung (zur Beitragsabbuchung und Leistungsauszahlung) verfügen. Andernfalls haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Gezielter Auslandsaufenthalt zur Behandlung im Ausland

Falls Sie sich ins Ausland begeben, um sich dort behandeln zu lassen oder zu entbinden, sind die Mehrkosten im Vergleich zu den Kosten, wie sie in Deutschland entstanden wären, von Ihnen selbst zu tragen. Bitte wenden Sie sich vor einer Auslandsreise zur Heilbehandlung/Entbindung deshalb unbedingt an uns, um den Umfang der Versicherungsleistung zu klären.



Information zu Verhaltensboni für den Tarif ActiveMe

Stand 05.2019

Verhaltensboni für bestimmte Verhaltensweisen

Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, oder positiven Einfluss auf die Gesundheit oder das Inanspruchnahmeverhalten der versicherten Person haben, kann der Versicherer Verhaltensboni ausloben.

Verhaltensboni können Versicherte zurzeit ab ihrem zweiten Versicherungsjahr im ActiveMe erhalten, wenn sie die folgenden, vorgegebenen Verhaltensweisen nachweisen, im ActiveMe versichert sind, das 20. Lebensjahr vollendet und keine Besonderen Bedingungen für Berufsausbildung vereinbart haben.

Body-Abdomen-Index im Normalbereich

Der Bonus kann einmal jährlich für einen Body-Abdomen-Index (BAI) im Normalbereich gewährt werden.

Der Body-Abdomen-Index wird gemessen, indem man den Bauchumfang ins Verhältnis zur Körpergröße setzt.

Der Normalbereich ist wissenschaftlich zurzeit wie folgt definiert:

- Im Alter unter 40 Jahre unter 0,5
- Im Alter zwischen 40 und 50 Jahren unter 0,53
- Im Alter ab 50 Jahren unter 0,55.

Der Bonus kann in Anspruch genommen werden, wenn der BAI des Versicherten im Normalbereich liegt und dieses auf dem Nachweisformular des Versicherers durch einen Arzt, Apotheker, Physiotherapeut, Heilpraktiker oder Vermittler bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bestätigt wird, für das der Bonus genutzt werden soll und beim Versicherer bis zu diesem Termin eingeht.

Nichtraucherbonus

Der Bonus kann einmal jährlich für Versicherte gewährt werden, die nicht rauchen und mindestens 6 Monate unmittelbar vor Erstellung des Nachweises nicht geraucht haben.

Der Bonus kann in Anspruch genommen werden, wenn das Nichtrauchen auf dem Nachweisformular des Versicherers durch einen Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker oder Vermittler bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bestätigt wird, für das der Bonus genutzt werden soll und beim Versicherer bis zu diesem Termin eingeht.

Sportbonus

Der Bonus kann einmal jährlich für Versicherte gewährt werden, die eine oder mehrere Sportarten der im Kundenportal des Versicherers zur Verfügung gestellten Sportartenliste wöchentlich mindestens 3 x 30 Minuten an mindestens 40 Wochen pro Versicherungsjahr ausüben.

Der Bonus kann in Anspruch genommen werden, wenn die Ausübung mindestens einer der genannten Sportarten in dem genannten Umfang auf dem Nachweisformular des Versicherers durch einen Trainer oder Sportverein bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres bestätigt wird, für das der Bonus gezahlt werden soll und beim Versicherer bis zu diesem Termin eingeht.

DKMS/Blut spenden/Impfen

Der Bonus kann einmal jährlich für Versicherte gewährt werden, die sich entweder bei der DKMS registrieren lassen oder Blut spenden oder sich impfen lassen.

Der Bonus kann in Anspruch genommen werden, wenn der Versicherte die Durchführung der Maßnahme auf dem Nachweisformular des Versicherers bis zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres, für das der Bonus gezahlt werden soll, erklärt und durch ein entsprechendes Dokument ergänzend bestätigt wird (z.B. DKMS-Ausweis, Bestätigung der Blutspendestelle, Impfpass) sowie beides beim Versicherer bis zu diesem Termin eingeht.

Patienten-Begleitprogramme

Für bestimmte Erkrankungen bietet der Versicherer Patienten-Begleitprogramme an. Der Bonus kann für Versicherte einmalig je Teilnahme an einem dieser Patienten-Begleitprogramme gewährt werden. Eine Teilnahme liegt vor, wenn die Termine des Patienten Programms mindestens zu 80 % wahrgenommen worden sind.

Allgemeine Voraussetzungen für den Erhalt von Verhaltensboni:

- Die Verhaltensboni sind keine vertraglichen Leistungen und können jährlich entfallen.
- Der Vorstand entscheidet jährlich über die Art, den Zeitpunkt, die Voraussetzungen sowie die Höhe der Verhaltensboni.
- Die Versicherten werden darüber zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres informiert.
- Die Gesamtleistung der Verhaltensboni ist auf 5% der Jahresprämie des im Tarif ActiveMe Versicherten begrenzt.
- Die Verhaltensboni können nur als Sachleistung erbracht werden (z.B. Kostenerstattung für gesundheitsfördernde Maßnahmen).

