

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

<p>Ambulante Leistungen</p> <p>100% für ambulante Behandlung und Untersuchung sowie Kinderwunschbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen.</p> <p>100% für Vorsorgeuntersuchungen, auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus.</p> <p>100% für Schutzimpfungen.</p> <p>80% für Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis einschließlich Arzneimittel, insgesamt max. 1.000 EUR je Versicherungsjahr.</p> <p>100% für Lasik Operation nach vorheriger schriftlicher Zusage.</p> <p>100% für Psychotherapie (die ersten 30 Sitzungen), 80% (von der 31. Sitzung an), 70% (von der 61. Sitzung an), nach vorheriger Zusage.</p> <p>100% für Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>100% für Hilfsmittel; Sehhilfen bis zu 500 EUR innerhalb 24 Monate.</p> <p>100% für Heilmittel (z.B. Massagen, Bäder, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie) im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses.</p> <p>80% für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie Arzneimittel, insgesamt max. 1.000 EUR je Versicherungsjahr.</p> <p>100% für den Transport im Notfall zum Arzt bzw. Krankenhaus.</p> <p>Zahnleistungen</p> <p>100% für die Zahnbehandlung (außer Einlagefüllungen und Zahnkronen).</p> <p>100% für Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung.</p> <p>100% für Kieferorthopädie (bei Behandlungsbeginn bis zum 19. Lebensjahr).</p> <p>75% (85% beim Kooperationszahnarzt) für Einlagefüllungen, Zahnkronen und Zahnersatz z.B. Brücken, Zahnprothesen, Implantate (max. 6 Implantate je Kiefer), Material- und Laborkosten in Höhe des Preisverzeichnisses.</p> <p>Bei Einlagefüllungen, Zahnkronen und Zahnersatz in den ersten fünf Versicherungsjahren begrenzte Erstattung.</p> <p>Stationäre Leistungen</p> <p>100% für allgemeine Krankenhausleistungen.</p> <p>100% für die privatärztliche Versorgung, einschließlich Chefarzt.</p> <p>100% für das Zweibettzimmer, 60% für das Einbettzimmer, wenn das Zweibettzimmer Regelleistung ist.</p>	<p>Bis zu 80 EUR Ersatz-Tagegeld, wenn die wahlärztliche Behandlung und/oder das Ein-/Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen wird.</p> <p>100% für den Transport zum und vom Krankenhaus.</p> <p>Zusätzliche Leistungen</p> <p>200 EUR Pauschale bei bestimmten ambulanten Operationen.</p> <p>30 EUR Kurtagegeld für max. 28 Tage.</p> <p>100% für die Mehrkosten eines Rücktransportes aus dem Ausland.</p> <p>Max. 10.000 EUR für die Überführung aus dem Ausland.</p> <p>Max. 5.000 EUR für die Beisetzung im Ausland.</p> <p>1.000 EUR Entbindungspauschale.</p> <p>Beitragsfreiheit ab dem 92. Tag eines Krankenhausaufenthaltes.</p> <p>Beratung und Informationen durch die Experten unseres Gesundheitstelefons sowie</p> <p>24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen etc. (vgl. Druckstück B 503)</p> <p>Optionsrecht: Sie können Ihren Versicherungsschutz zu erleichterten Bedingungen erhöhen.</p> <p>Für folgende Leistungen benötigen Sie unsere vorherige schriftliche Zusage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lasik-Operation. • Ambulante und stationäre Psychotherapie. • Entziehungsmaßnahme. • Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, das auch Kuren und Sanatoriumsbehandlung durchführt. • Anschlussheilbehandlung. <p>Wir empfehlen die vorherige Klärung Ihres Leistungsanspruchs bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderwunschbehandlung, • Bezug von Hilfsmitteln, für die die Einschaltung unseres Hilfsmittelservice vorgesehen ist, • Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen und Kieferorthopädie, • einem über sechs Monate dauernden Auslandsaufenthalt außerhalb der EU / des EWR. <p>Selbstbehalt pro Kalenderjahr für</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Erwachsene</th> <th>/</th> <th>Kinder/Jugendliche:</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BMK / 0</td> <td>0</td> <td>/</td> <td>0</td> <td>EUR,</td> </tr> <tr> <td>BMK / 1</td> <td>400</td> <td>/</td> <td>200</td> <td>EUR,</td> </tr> <tr> <td>BMK / 2</td> <td>800</td> <td>/</td> <td>400</td> <td>EUR,</td> </tr> <tr> <td>BMK / 3</td> <td>1.600</td> <td>/</td> <td>800</td> <td>EUR.</td> </tr> </tbody> </table>		Erwachsene	/	Kinder/Jugendliche:		BMK / 0	0	/	0	EUR,	BMK / 1	400	/	200	EUR,	BMK / 2	800	/	400	EUR,	BMK / 3	1.600	/	800	EUR.
	Erwachsene	/	Kinder/Jugendliche:																							
BMK / 0	0	/	0	EUR,																						
BMK / 1	400	/	200	EUR,																						
BMK / 2	800	/	400	EUR,																						
BMK / 3	1.600	/	800	EUR.																						

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	2
2. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?	3
3. Was sind unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?	6
4. Was sind unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?	7
5. Was sind unsere Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen?	9
6. Was sind unsere ergänzenden Leistungen und Services bei Auslandsreisen?	9
7. Was sind unsere Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung?	10
8. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen?	10
9. Gibt es einen Selbstbehalt?	10
10. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?	11
11. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	11
12. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	11
13. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	12
14. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	12
15. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?	12
16. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?	13

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	13
2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	13
3. Wie berechnen wir die Beiträge?	13
4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	14
5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	14
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	14
7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	15
8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?	15
9. Welche Gerichte sind zuständig?	16

Anhang	17
---------------	-----------

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	
1.1	Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten und Unfällen. Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz bei <ul style="list-style-type: none">• Vorsorgeuntersuchungen und Zahnprophylaxe,• Schutzimpfungen,• Schwangerschaft und Entbindung,• Kinderwunschbehandlung,• durch Krankheit erforderliche Sterilisation,• einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,• Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven,• Versorgung in einem stationären Hospiz,• Todesfall.
1.2	Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch die in Nr. 1.1 genannten Ereignisse. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr erforderlich ist. Muss die Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

2. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

2.1 Ärztliche Leistungen zu 100%,

mit folgenden Besonderheiten:

- **Vorsorgeuntersuchungen**

nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die gesetzlichen Altersgrenzen gelten hier nicht (vgl. Anhang I, Seite 17). Darüber hinaus ersetzen wir Aufwendungen für weitere gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach Anhang II (Seite 18).

Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.

- **Schutzimpfungen,**

die von der

- Ständigen Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes bzw.
- Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit

empfohlen werden. Die Aufwendungen für die hierbei verwendeten Impfstoffe erstatten wir ebenfalls.

Diese Regelung gilt auch für Reiseimpfungen.

Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.

- **Lasik Operation (Methode zur Behebung von Fehlsichtigkeit mittels Lasertechnik)**

Wir leisten aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

- **Kinderwunschbehandlung (Inseminationen und künstliche Befruchtung)**

Für den Leistungsanspruch müssen die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Bei der versicherten Person muss eine organisch bedingte Sterilität vorliegen, die allein mit Inseminationen / künstlicher Befruchtung überwunden werden kann. Ist diese Voraussetzung erfüllt, leisten wir auch für die Behandlung des nicht bei uns versicherten Partners, soweit dieser gegenüber einem anderen Kostenträger keinen Leistungsanspruch hat.
- Bei Behandlungsbeginn hat die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die Behandlung erfolgt bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren.
- Für die gewählte Behandlungsmethode besteht eine Erfolgsaussicht von mindestens 15%.

Wir leisten

- bei der Insemination bis zu sechsmal sowie entweder
- bei der In-vitro-Fertilisation/IVF bis zu dreimal oder
- bei der intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI bis zu dreimal.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Kinderwunschbehandlung die Ergebnisse der durchgeführten Diagnostik bei beiden Partnern und den Behandlungsplan vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

- **Methoden der Alternativmedizin einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel,**

die über die in Teil 1 Nr. 10 (vgl. Seite 11) beschriebenen Methoden und Arzneimittel hinaus gehen. Die Aufwendungen hierfür ersetzen wir

zu 80%, maximal

1.000 EUR je Versicherungsjahr.

Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im jeweils gültigen Hufelandverzeichnis aufgeführt sind¹.

- **Psychotherapie**

bis zu 30 Sitzungen	zu 100%,
von der 31. Sitzung an	zu 80%,
von der 61. Sitzung an	zu 70%.

Wir leisten aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

Als Psychotherapie gilt die psychotherapeutische Heilbehandlung nach der Richtlinien-Psychotherapie. Diese beinhaltet die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.

Sie haben Fragen zu den Therapiemethoden? Sie wünschen Hilfe bei der Suche nach einem geeigneten Therapeuten? Unser Expertenteam gibt Ihnen Auskunft. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444**.

Welche Ärzte und Psychotherapeuten kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen Ärzten frei wählen.

Bei **ambulanter Psychotherapie** muss ein Arzt mit einer der folgenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen die Behandlung vornehmen:

¹ Auf Wunsch senden wir Ihnen eine Übersicht mit den alternativen Therapieformen zu.

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Psychosomatiker und Psychotherapeut,
- Psychiater und Psychotherapeut,
- Psychotherapie oder Psychoanalyse,
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Die Behandlung kann auch ein Psychologischer Psychotherapeut bzw. bei Kindern und Jugendlichen ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut vornehmen. Diese müssen niedergelassen und im Arztregister eingetragen sein.

Die versicherte Person kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Leisten wir auch bei Entziehungsmaßnahmen?

Ja, und zwar, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung und
- wir müssen vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt haben. Diese können wir von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

Wir ersetzen nicht Aufwendungen für weitere Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

Nach welchen Gebührevorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen. Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.

2.2 Leistungen des Heilpraktikers einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel

**zu 80%, maximal
1.000 EUR je Versicherungsjahr.**

Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Das Honorar für die jeweilige Leistung ersetzen wir maximal im Rahmen der Beträge des GebüH.

Welche Heilpraktiker können Sie wählen?

Die versicherte Person kann unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei wählen.

Unsere Leistung ist nicht auf die in Teil 1 Nr. 10 (vgl. Seite 11) beschriebenen Methoden und Arzneimittel beschränkt.

Wir ersetzen nicht Aufwendungen für vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie.

2.3 Arznei- und Verbandmittel zu 100%.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt bzw. Zahnarzt.

Die versicherte Person muss die Arzneimittel aus der Apotheke (auch Versand- oder Internetapotheke) beziehen. Der Bezug kann auch über eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle erfolgen.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Wir ersetzen nicht – auch nicht bei einer vorliegenden Verordnung – Aufwendungen für:

- Mittel, die ausschließlich zum Zweck der Empfängnisverhütung verordnet werden (z.B. Ovulationshemmer),
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die bei Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z.B. Falten glättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate außer Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze,
- Mineralwässer sowie Nahrungsmittel außer Sondennahrung (siehe oben).

² Höchstsätze der GOÄ sind

- der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Arztes.
- der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ.
- der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

2.4 **Heilmittel** **zu 100%,**

im Rahmen der im Heilmittelverzeichnis genannten Höchstbeträge.

Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis (vgl. Druckstück B 500/1) aufgeführten Leistungen. Das sind physikalisch-medizinische Leistungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen), medizinische Bäder sowie logopädische, podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker. Die Leistungen müssen von Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z.B. Physiotherapeut bzw. Ergotherapeut) erbracht werden. Diese müssen in eigener Praxis tätig sein.

Wir ersetzen nicht

- Aufwendungen für sonstige Leistungen, wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder,
- Mehraufwendungen, die für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person entstehen.

2.5 **Hilfsmittel** (außer Sehhilfen nach Teil 1 Nr. 2.6, Seite 5)

bis zu 100%.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker.

Folgende Hilfsmittel können Sie nach Verordnung direkt beziehen:

- Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen,
- Inhalationsgeräte,
- Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen,
- orthopädische Maßschuhe (erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der 100 EUR – bis zum 20. Lebensjahr 50 EUR – übersteigt),
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel ersetzen wir zu **100%**.

Aufwendungen für weitere Hilfsmittel, z.B. Atemtherapiegeräte, Krankenfahrstühle, Hörgeräte

ersetzen wir ebenfalls **zu 100%,**

wenn Sie die Hilfsmittel über unseren [Hilfsmittelservice](#) beziehen. Sie erreichen unseren Service telefonisch unter **0800/3746 444** (gebührenfreie Rufnummer).

Kann unser Hilfsmittelservice die Hilfsmittel nicht beschaffen, ersetzen wir die Aufwendungen ebenfalls zu 100%. Dies gilt auch, wenn Sie die Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung beziehen. Der Bezug muss innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall erfolgen.

Wir ersetzen die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln **zu 100%**. Dies gilt auch für die erforderliche Unterweisung zum Gebrauch von Hilfsmitteln.

Wir ersetzen die Aufwendungen für die weiteren Hilfsmittel

zu 80%,

wenn Sie die Hilfsmittel ohne Einschaltung unseres Hilfsmittelservices bezogen haben.

In diesem Fall ersetzen wir Aufwendungen für die Reparatur, Wartung und Unterweisung auch nur zu 80%.

Wir ersetzen nicht Aufwendungen

- für die Reparatur an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen,
- für Gebrauch (z.B. Batterien) und Pflege (z.B. Reinigungs- oder Desinfektionsmittel) von Hilfsmitteln,
- für Produkte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.

2.6 **Sehhilfen (einschließlich Reparatur)**

innerhalb von 24 Monaten insgesamt **bis zu 500 EUR.**

Als Sehhilfen gelten Brillengläser und -gestelle sowie Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen.

Wir ermitteln den Erstattungsbetrag ausgehend vom Bezugs- bzw. Reparaturdatum der aktuell eingereichten Rechnung.

2.7 **Transport** **zu 100%**

in folgenden Fällen:

- Nach einem Unfall oder im Notfall
 - zum nächsterreichbaren Arzt bzw.
 - zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus,
- zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie,
- zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:
 - Schwerbehinderung mit dem Zusatz „aG“ (außergewöhnlich Gehbehindert), „Bl“ (Blindheit) bzw. „H“ (Hilflos) oder
 - Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 2 oder 3.

Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind für jeden Kilometer 0,22 EUR erstattungsfähig.

2.8 Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

zu 100%,

wenn dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden.

Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.

2.9 Häusliche Behandlungspflege zu 100%.

Hierbei führen Pflegefachkräfte die medizinischen Leistungen (wie Verband- oder Katheterwechsel) nach Anweisung des Arztes durch.

2.10 Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers

zu 100%.

Voraussetzung ist, dass die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

2.11 Bei einer ambulanten Operation zahlen wir neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich

200 EUR.

Diese Pauschale zahlen wir ohne Anrechnung auf einen Selbstbehalt.

Als ambulante Operationen gelten die in unserem umfangreichen Verzeichnis aufgeführten Leistungen, z.B. Entfernung der Rachenmandeln, Nasen-/Kehlkopfpolyphen. Das Verzeichnis erhalten Sie kostenlos auf Anforderung. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444**.

Wir zahlen keine Pauschale

- für ambulante Operationen in den folgenden Bereichen:
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie
- für ambulante Hand- und Fußoperationen.

2.12 Bei einer ambulanten Entbindung der versicherten Person zahlen wir – unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder - neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale von

1.000 EUR.

Wir zahlen die Pauschale ohne Anrechnung auf einen Selbstbehalt.

3. Was sind unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

3.1 Zahnbehandlung (außer Einlagefüllungen und Zahnkronen) und Kieferorthopädie

zu 100%,

mit folgenden Besonderheiten:

- **Gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten** (vgl. Anhang III, Seite 21).
Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.
- **Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR)** nach Anhang IV (Seite 21).
Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.
- **Kieferorthopädische Leistungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen**
Voraussetzung ist, dass bei Beginn der Behandlung die versicherte Person das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- **Material- und Laborkosten**
Diese müssen im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B 500/2) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sein.
- **Erstellen eines Heil- und Kostenplanes**

3.2 Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen

zu 75%,

mit folgenden Besonderheiten:

- **Zahnkronen, Brücken und Prothesen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen**
- **Implantologische Leistungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen**
Erstattungsfähig sind insgesamt maximal 6 Implantate je Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz. Dabei rechnen wir die bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandenen Implantate an.
- **Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**
- **Einlagefüllungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen**

- **Material- und Laborkosten**

Diese müssen im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B 500/2) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sein.

Werden diese zahnärztlichen Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten durchgeführt, so erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf

85%.

Mit uns kooperierende Zahnärzte erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der medizinischen Versorgung.

Fragen Sie uns nach den mit uns kooperierenden Zahnärzten.

Telefonisch erreichen Sie uns unter **0800/3746 444** (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche – nach.

Sind die Aufwendungen *nicht auf einen Unfall zurückzuführen*, begrenzen wir unsere Erstattungsleistung auf maximal

- **1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr,**
- **2.000 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren,**
- **3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,**
- **4.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren,**
- **5.000 EUR in den ersten fünf Versicherungsjahren.**

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

Bei Wechsel aus einer anderen Krankheitskostenvollversicherung der DKV mit Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung gilt Folgendes: Bei der Ermittlung des Höchstbetrags rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Dies gilt nicht bei einem Wechsel aus einer Auslandsreise-Krankenversicherung.

Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan sowie einen Kostenvorschlag über Material- und Laborkosten vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

3.3 **Welche Zahnärzte kann die versicherte Person wählen?**

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen Zahnärzten frei wählen.

Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten auch dann als zahnärztliche Heilbehandlung, wenn sie von einem Arzt ausgeführt worden sind.

3.4 **Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen von Zahnärzten erstattungsfähig?**

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze³ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ bzw. der GOZ entsprechen. Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.

4. **Was sind unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

4.1 **Allgemeine Krankenhausleistungen zu 100%.**

4.2 **Zuschlag für die Unterbringung im Zweibettzimmer zu 100%.**

Wählt die versicherte Person gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, ersetzen wir den Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses. Zählt das Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ersetzen wir den Unterbringungszuschlag für das in Anspruch genommene Einbettzimmer

zu 60%.

Nimmt die versicherte Person kein Ein- oder Zweibettzimmer in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

20 EUR je Tag.

Das Tagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären - Heilbehandlung.

³ Höchstsätze sind

- der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Zahnarztes nach der GOÄ bzw. GOZ.
- der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ.
- der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

Einen Selbstbehalt rechnen wir auf das Tagegeld nicht an.

4.3 **Neben dem Unterbringungszuschlag berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefon- und Internetanschluss, Radio- und Fernsehgerät**

zu 100%.

4.4 **Ärztliche Leistungen**

zu 100%.

• **Wahlärztliche Leistungen**

Dies sind gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte. Dazu gehören auch von diesen veranlasste Leistungen, die Ärzte bzw. ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses ausführen.

Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer einer vollstationären Heilbehandlung keine wahlärztlichen Leistungen in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

60 EUR je Tag.

Das Tagegeld zahlen wir nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären Heilbehandlung.

Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

Einen Selbstbehalt rechnen wir auf das Tagegeld nicht an.

• **Belegärztliche Leistungen**

Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte. Sie behandeln die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze⁴ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen. Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.

4.5 **Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers**

zu 100%.

Die Gebühren müssen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sein.

4.6 **Transporte zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km**

zu 100%.

Ab einer Entfernung von mehr als 100 km ersetzen wir nur die Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

4.7 **Bei einer stationären Entbindung der versicherten Person zahlen wir – unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder - neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale von**

1.000 EUR.

Wir zahlen die Pauschale ohne Anrechnung auf einen Selbstbehalt.

4.8 **Welche Krankenhäuser kann die versicherte Person wählen?**

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Sie müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.

4.9 **Müssen Sie bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenhäusern eine vorherige Zusage einholen?**

Ja, und zwar für Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

Ihre Aufwendungen ersetzen wir nur dann, wenn Sie vor Beginn der Behandlung von uns eine schriftliche Zusage erhalten haben.

Eine Zusage ist in folgenden Fällen nicht notwendig:

- Bei einem Notfall,
- bei einer akuten Erkrankung während des Aufenthaltes im Krankenhaus, wenn dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig wird.

⁴ Höchstsätze der GOÄ sind

- der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Arztes.

- der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ.

- der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

4.10 **Leisten wir auch bei stationärer Psychotherapie?**

Ja, aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

4.11 **Leisten wir auch bei Anschlussheilbehandlungen?**

Ja, und zwar, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Es muss sich um eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung) nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus handeln,
- die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen,
- wir müssen vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage zur Höhe unserer Erstattungsleistung erteilt haben.

Wir ersetzen nicht Aufwendungen für:

- Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger,
- sonstige Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (siehe aber Teil 1 Nr. 5 Seite 9).

4.12 **Leisten wir auch bei Entziehungsmaßnahmen?**

Ja, und zwar, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung,
- wir müssen vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt haben. Diese können wir von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ersetzen wir nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen. Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

Wir ersetzen nicht Aufwendungen für weitere Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

4.13 **Gibt es eine Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalten?**

Ja, und zwar für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt der versicherten Person. Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Sie haben einen Anspruch auf Kostenerstattung für vollstationäre mindestens 92 Tage dauernde ununterbrochene Heilbehandlung,
- dieser Tarif besteht (auch für die Dauer einer Anwartschaftsversicherung) mindestens während der letzten 12 Monate ohne Beitragsrückstände.

Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bezieht sich auf volle Monatsbeiträge einschließlich des gesetzlichen Beitragszuschlages und etwaiger Risikozuschläge.

Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.

4.14 **Wie rechnen wir die Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen ab?**

Berechnet das Krankenhaus eine Fallpauschale für das gesunde Neugeborene, gilt Folgendes: Diese Aufwendungen gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Sie sind im Rahmen des bestehenden Versicherungsschutzes der Mutter erstattungsfähig.

5. **Was sind unsere Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen?**

Wir zahlen bei einer ärztlich verordneten ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ein Kurtagegeld. Ohne Kostennachweis zahlen wir **für maximal 28 Tage** ein Kurtagegeld von

30 EUR je Tag.

Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.

Wir ersetzen nicht:

Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme (z.B. für Bäder und Massagen). Ausgenommen von dieser Einschränkung sind Anschlussheilbehandlungen nach Teil 1 Nr. 4.11 (Seite 9).

6. **Was sind unsere ergänzenden Leistungen und Services bei Auslandsreisen?**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

6.1 **Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland**

zu 100%.

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig sein.
- Der Rücktransport erfolgt an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus.

- Der Rücktransport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221/578 94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Rücktransport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Mehrkosten
zu 80%.

6.2 **Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland** **zu 100%.**

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Die versicherte Person benötigt
 - lebensnotwendige Arzneimittel, die vor Ort nicht erhältlich sind oder
 - Blutkonserven, die vor Ort nicht erhältlich sind, bzw. sie hat den berechtigten Wunsch nach Blutkonserven aus Deutschland (z.B. Eigenblutkonserven).
- Der Transport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221/578 94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Transport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Transportkosten
zu 80%.

Der Transport erfolgt von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person. Dabei sind die geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen zu beachten.

6.3 **Todesfall im Ausland**, und zwar für die

- Überführung der verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes bis zu
10.000 EUR.
- Beisetzung der verstorbenen versicherten Person im Ausland bis zu
5.000 EUR.

Unser Dienstleister organisiert eine Beisetzung im Ausland oder eine Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person.

Rufen Sie unseren **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer
+49 221/578 94005

(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

7. **Was sind unsere Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung?**

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung im Rahmen unserer Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (vgl. Druckstück B 110/5).

8. **Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen?**

Unsere umfangreichen Serviceleistungen des

- **Gesundheitstelefon und**
- **24-Stunden-Notruf-Services**

sind in gesonderten AVB Serviceleistungen (vgl. Druckstück B 503) aufgeführt. Sie sind Gegenstand des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif und gelten nur in Verbindung mit diesen AVB.

9. **Gibt es einen Selbstbehalt?**

9.1 Für unsere Versicherungsleistungen (vgl. Teil 1 Nrn. 2 bis 7) gelten je nach gewähltem Tarif unterschiedliche Selbstbehalte. Der Selbstbehalt beträgt je versicherter Person und kalenderjährlich für:

	BMK / 0	BMK / 1	BMK / 2	BMK / 3
bis zum 15. Lebensjahr	0 EUR	200 EUR	400 EUR	800 EUR
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	0 EUR	200 EUR	400 EUR	800 EUR
ab dem 20. Lebensjahr	0 EUR	400 EUR	800 EUR	1.600 EUR

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr der Selbstbehalt des nächsthöheren Alters.

Die Aufwendungen rechnen wir dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung durchgeführt worden ist bzw.
- die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

Für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, sowie für professionelle Zahnreinigung und Individual- Prophylaxe rechnen wir keinen Selbstbehalt an. Unsere Pauschalen z.B. für Entbindung rechnen wir ebenfalls nicht auf einen Selbstbehalt an.

9.2 Falls die Versicherung nicht am 1. Januar, sondern innerhalb des laufenden Versicherungsjahres beginnt, gilt Folgendes:

Wir mindern den Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern wir den Selbstbehalt nicht.

9.3 Falls Sie nicht am 1. Januar, sondern innerhalb des laufenden Versicherungsjahres in eine andere Selbstbehaltstufe wechseln, gilt Folgendes:

Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung gilt immer der unveränderte bisherige Selbstbehalt.

Bei Herabsetzung oder Fortfall des Selbstbehaltes gilt nach der Umwandlung der neue Selbstbehalt ungemindert. Für das Umwandlungsjahr insgesamt rechnen wir aber höchstens den bisherigen Selbstbehalt an.

Bei Erhöhung des Selbstbehaltes gilt für das Umwandlungsjahr insgesamt ein zusammengesetzter Selbstbehalt: Diesen berechnen wir aus anteilig gemindertem bisherigem und anteilig gemindertem neuem Selbstbehalt.

Diese Regelungen gelten auch für Umwandlungen aus anderen Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung.

10. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir unter folgenden Voraussetzungen für weitere Methoden und Arzneimittel: Diese müssen sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Oder sie müssen deswegen angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können in diesen Fällen unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei einer schulmedizinischen Behandlung angefallen wäre.

11. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

11.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 1 bis 10).

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die jeweils durch Kriegsereignisse verursacht wurden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle.

Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
- sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
- sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- Solche Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von unserer Leistungserstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt erst dann, wenn wir Ihnen den Ausschluss mitgeteilt haben. Ist zum Zeitpunkt unserer Mitteilung die Behandlung noch nicht abgeschlossen, gilt Folgendes: Wir ersetzen die weiteren Aufwendungen für längstens drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Zugangs unserer Mitteilung.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

11.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- Wir können unsere Zahlungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- Die Gesamterstattung ist – auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.
- Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
 - vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 12, Seite 11 f.),
 - bei Aufenthalt im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 13, Seite 12),
 - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 2, Seite 13),
 - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 4, Seite 14).

12. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

12.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

- 12.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn angefallen sind. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- 12.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Sie können für das Kind jede Selbstbehaltstufe innerhalb der Tarife BMK wählen. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.
Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.
- 12.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 8, Seite 15 f.). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

13. **Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?**

- 13.1 Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein. Liegen die Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, gilt Folgendes: Wir ersetzen diese Aufwendungen, wenn und soweit sie in dem jeweiligen europäischen Staat üblich sind. Dies gilt auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums.
- 13.2 Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Unsere Versicherungsleistungen sind auf das Doppelte der Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen wären. Voraussetzung dafür ist, dass die im außereuropäischen Ausland entstehenden Aufwendungen höher und dort üblich sind. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Solange sie die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, besteht für bis zu zwei weitere Monate Versicherungsschutz.
Bitte teilen Sie uns unverzüglich mit, wenn der vorübergehende Aufenthalt im außereuropäischen Ausland länger als sechs Monate dauern wird. Wir prüfen dann, ob eine Vereinbarung zur weiteren Fortführung des Versicherungsschutzes möglich ist.
- 13.3 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.
- 13.4 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die betreffende Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Wir empfehlen Ihnen, rechtzeitig vor Antritt einer länger dauernden Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Dies kann auch bei kürzeren Reisen Sinn machen, da die Leistungen dieses Tarifs grundsätzlich nur auf das deutsche Gesundheitssystem ausgerichtet sind. Die Tarifleistungen können somit ggf. zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen. Rufen Sie uns bei Bedarf unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444** an.

14. **Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?**

- 14.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. die Berufsgenossenschaft), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben. Wir können von Ihnen den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen sowie die Krankheitsbezeichnungen enthalten. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel müssen Sie uns zusammen mit der Verordnung senden. Wir empfehlen, Rezepte zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung vorzulegen. Beim Bezug einer Brille genügt die Angabe der Dioptrienwerte in der Optikerrechnung.
- 14.2 Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
- 14.3 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

15. **Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?**

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden. Dieses Abtretungsverbot gilt nicht, wenn wir mit einer DKV-Card die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Aufenthalt in einem Kranken-

haus garantieren. Das Abtretungsverbot gilt auch dann nicht, wenn wir auf Ihren Wunsch direkt mit dem stationären Hospiz abrechnen.

16. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?

16.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer. Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:

Wir können

- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
- die Rückstellung auszahlen,
- die Leistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken,
- für gesundheitsbewusstes Verhalten eine AktivPrämie ausloben. Damit belohnen wir bestimmte von uns angeratene Maßnahmen, z.B. den Besuch eines Fitnesskurses.

Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.

16.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der versicherten Person erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.

16.3 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:

- Aus der Versicherung der versicherten Person haben wir für das Geschäftsjahr keine Leistungen für ambulante und/oder zahnärztliche Heilbehandlung erbracht. Ausgenommen sind Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigungen (PZR). Diese Leistungen müssen in der Rechnung als eigenständige Leistungen ausgewiesen sein. Sie dürfen nicht im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung durchgeführt worden sein.
- Die Versicherung hat in diesem Tarif während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und besteht noch am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
- Für die Versicherung besteht kein Beitragsrückstand zum 31. Dezember des Geschäftsjahres.

Wir können die Höhe der Beitragsrückerstattung nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, für die ein Anspruch besteht, staffeln. Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

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

1.2 Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.

1.3 Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

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

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

3. Wie berechnen wir die Beiträge?

3.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag des nächst höheren Alters. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.

- 3.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Kalkulationsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des Alterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren.
- 3.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir eine Alterungsrückstellung anrechnen.
- 3.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 4.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- 4.2 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.
- 4.3 Sind Sie mit einem Betrag von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung höher als ein Monatsbeitrag, stellen wir das Ruhen der Leistungen fest. Während der Ruhenszeit leisten wir nur für eine Notfallbehandlung. Dies sind Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind. Außerdem leisten wir für Aufwendungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Unsere Erstattungspflicht beschränkt sich jeweils auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.
- Darüber hinaus haben Sie für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes zu zahlen. Hinzu kommen Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens jedoch 5 EUR je Mahnung. Haben Sie die Rückstände nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens der Versicherung bezahlt, gilt Folgendes: Wir setzen dann das Ruhen der Versicherung im branchenweit einheitlichen Basistarif fort.

5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 5.1 Wir garantieren im Rahmen dieser AVB Ihren Leistungsanspruch für die gesamte Dauer der Versicherung. Bei der Kalkulation des Beitrags berücksichtigen wir z.B. die Kosten der Heilbehandlung und die Lebenserwartung. Spätere Änderungen bei diesen Faktoren können die Ausgaben für unsere Leistungen beeinflussen. Wir vergleichen daher mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) separat.
- Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung bei den Leistungen, gilt Folgendes: Bei einer Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von über 10% sind wir zur Prüfung dieser Beiträge und einer erforderlichen Änderung verpflichtet. Die gleiche Pflicht haben wir bei einer Abweichung von über 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten.
- In allen Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.
- Bei einer Beitragsanpassung können wir auch einen Selbstbehalt anpassen und einen vereinbarten Risikozuschlag ändern.
- 5.2 Wir prüfen bei Änderungen des Beitrags auch den Zuschlag, der für die Beitragsbegrenzung im branchenweit einheitlichen Basistarif erforderlich ist. Die gleiche Prüfung erfolgt für den Zuschlag, der für die Beitragsgarantie im branchenweit einheitlichen Standardtarif erforderlich ist. Dabei vergleichen wir diese Zuschläge mit den kalkulierten Zuschlägen. Soweit erforderlich, passen wir die Zuschläge dann ebenfalls an.
- 5.3 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 6.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.
- 6.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

7.1 **Wechsel in eine andere Selbstbehaltstufe innerhalb der BestMed Komfort Tarife BMK:**

Sie können jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne Gesundheitsprüfung innerhalb der Tarife BMK in eine andere Selbstbehaltstufe wechseln. Die erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung bleiben erhalten.

7.2 **Optionsrecht**

Sie haben die Möglichkeit zu erleichterten Bedingungen Ihren Versicherungsschutz zu erhöhen: Sie können diesen Tarif um BestMed Aufbaustufen ergänzen. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach einem BestMed Tarif bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen hat.

Sie können die Versicherung dann einmalig zu folgenden Terminen erhöhen:

- | | |
|----------|---------------------------------------|
| Entweder | zu Beginn des 4. Versicherungsjahres |
| oder | zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. |

Maßgeblich für diese Termine ist der erstmalige Beginn der Versicherung nach einem BestMed Tarif.

Folgende erleichterte Bedingungen gelten für die Erhöhung:

- Bei einer Erhöhung zu Beginn des 4. Versicherungsjahres verzichten wir auf neue Risikozuschläge.
- Im Erhöhungsantrag zum 6. Versicherungsjahr muss die versicherte Person Gesundheitsfragen beantworten. Wir können dann einen Risikozuschlag verlangen. Diesen dürfen wir aber nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) berechnen. Wir begrenzen dabei einen Zuschlag auf maximal 100% des Beitragsanteils, der auf die Mehrleistung entfällt.
- Die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses können wir nicht verlangen.
- Für laufende Versicherungsfälle leisten wir ab Änderungsstermin nach dem dann geltenden Tarif. Es gibt keine Wartezeiten.
- Der vom Änderungsstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person. Wir berücksichtigen auch erworbene Alterungsrückstellungen.
- Der Antrag muss spätestens einen Monat vor dem gewählten Änderungszeitpunkt bei uns vorliegen.

Für versicherte Personen, die als Kinder in einem der BestMed Tarife BMK/0-3 nachversichert wurden, gilt dieses Optionsrecht sinngemäß unter folgenden Voraussetzungen:

- Mindestens ein Elternteil war am Tage der Geburt des Kindes nach einem *BestMed* Tarif mit Optionsrecht versichert.
- Die Erhöhung der Versicherung des Kindes erfolgt gleichzeitig mit einer Erhöhung der Versicherung für mindestens ein Elternteil. Maßgeblich ist dabei immer der Beginn der Versicherung des Elternteils, dessen Versicherung gleichzeitig erhöht wird. Wählt der Elternteil als Änderungszeitpunkt den Beginn des 6. Versicherungsjahres gilt Folgendes: Wir können auch für die Versicherung des Kindes einen Risikozuschlag verlangen. Diesen dürfen wir aber ebenfalls nur für die Mehrleistung berechnen. Einen Zuschlag begrenzen wir auf maximal 100% des Beitragsanteils, der auf die Mehrleistung entfällt.

7.3 **Wechsel in andere DKV-Tarife:**

Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an.

Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

7.4 **Wechsel in den Standard- bzw. Basistarif:**

Sie können für versicherte Personen die Umwandlung der Versicherung in einen gesetzlich vorgeschriebenen Grundschutz verlangen. Branchenweit einheitlich bieten wir hierfür den Standardtarif sowie den Basistarif an.

Beide Tarife haben einen gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag. Der Versicherungsschutz ist vergleichbar mit demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Umwandlung ist nur für Personen möglich, für die eine private Krankheitskostenvollversicherung besteht. Die Umwandlung in den Standardtarif ist nur möglich, wenn eine solche Versicherung vor dem 1.1.2009 begonnen hat.

Die genauen Voraussetzungen für eine Umwandlung in diese Tarife ergeben sich aus dem Gesetz. Bei Interesse können Sie uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 076** anrufen. Wir informieren Sie gern und senden Ihnen auf Wunsch entsprechende Informationen zu

8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

- 8.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.

- 8.2 Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
- 8.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 3.1, Seite 13) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 14) müssen Sie innerhalb eines Monats nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 6.1, Seite 14).
- 8.4 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, gilt Folgendes: Sie können innerhalb von drei Monaten die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Den Eintritt der Versicherungspflicht müssen Sie uns nachweisen; die Frist hierzu beträgt zwei Monate. Andernfalls ist Ihre Kündigung unwirksam. Die Frist beginnt erst, wenn wir Sie zum Nachweis aufgefordert haben. Die Kündigung ist trotz Versäumung der Frist wirksam, wenn Sie dies nicht zu vertreten haben. Später können Sie die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge.
- 8.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen.
- 8.6 Jede Kündigung des Tarifs BMK von Ihnen setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Unternehmen eine neue Versicherung abgeschlossen wird. Diese muss den Anforderungen an die gesetzliche Pflicht zur Versicherung genügen und nahtlos an die bisherige Versicherung anknüpfen. Erst wenn Sie dies innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, wird Ihre Kündigung wirksam. Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist außerdem nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 8.7 Bei Kündigung des Tarifs BMK und gleichzeitigem Abschluss einer neuen Versicherung bei einem anderen Unternehmen gilt Folgendes: Sie können verlangen, dass wir die Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des aufgebauten Übertragungswertes auf das andere Unternehmen übertragen. Der Übertragungswert bezieht sich auf den Teil der Versicherung, dessen Leistungen dem branchenweit einheitlichen Basistarif entsprechen. Voraussetzung für die Übertragung ist, dass die neue Versicherung eine substitutive Krankenversicherung ist. Eine solche liegt vor, wenn sie den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ganz oder teilweise ersetzen kann.
Bei Beitragsrückständen können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- 8.8 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.
- 8.9 Der Versicherungsvertrag endet bei Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.
- 8.10 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Ihre Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.
Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Dieses Recht besteht auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

9. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

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

Anhang

I. Gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sind:

1. Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheitsuntersuchung):

Anspruchsberechtigung:

Einmal innerhalb von 2 Jahren

Inhalt:

- Anamnese (Vorgeschichte)
- Erhebung Ganzkörper-Status
- Laboruntersuchungen
 - Blut: Gesamtcholesterin, Glukose
 - Urin: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit (Urin-Teststreifen)

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen:

Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust (bzw. der Prostata), der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl

Anspruchsberechtigung:

Männer einmal jährlich
(Ausnahmen: Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)

Frauen einmal jährlich
(Ausnahmen: Mammographie-Screening, Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)

Inhalt, speziell Männer:

- gezielte Anamnese
- Inspektion und Palpation (Abtasten) der äußeren Geschlechtsorgane
- Abtasten der Prostata
- Abtasten regionärer Lymphknoten
- Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung
- Tastuntersuchung des Enddarms

Inhalt, speziell Frauen:

- gezielte Anamnese
- Spiegeleinstellung der Portio
- Entnahme von Untersuchungsmaterial von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal, in der Regel mit Hilfe von Spatel (Portio-Oberfläche) und Bürste (Zervikalkanal)
- Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
- gynäkologische Tastuntersuchung
- zytologische Untersuchung
- Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung
- Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust
- digitale Untersuchung des Rektums
- Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust), Anspruch bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres im Abstand von 24 Monaten

Inhalt, speziell Darmkrebsfrüherkennung (Männer und Frauen):

- Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
- Koloskopie (Gesamtspiegelung des Dickdarms bis zum Übergang des Dünndarms per Rektum)
Anspruch alle 10 Jahre
oder
- Hämokulttest (Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl),
Anspruch alle 2 Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien

Inhalt, speziell Hautkrebs-Screening (Männer und Frauen):

Anspruch alle 2 Jahre:

- eine gezielte Anamnese
- eine visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertriginen (feuchte Hautbereiche)
- Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung
- Dokumentation

3. Untersuchungen während der Schwangerschaft:

Inhalt:

- Schwangeren-Erstuntersuchung
- Schwangeren-Folgeuntersuchungen im Abstand von 4 Wochen
- Serologische Untersuchungen
- Ultraschall-Screening
- Untersuchungen nach der Geburt (unmittelbar nach der Entbindung, in der ersten Woche nach der Entbindung sowie 6 bis 8 Wochen nach der Entbindung)

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind:

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend der Früherkennungsrichtlinien. Sie beinhalten u. a. die Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen und ggf. eine Beratung der Bezugsperson.

Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt

Erweitertes Neugeborenen-Screening: 2. – 3. Lebenstag

Neugeborenen-Hörscreening: bis zum 3. Lebenstag

U2:	3. – 14. Lebenstag
U3:	3. – 8. Lebenswoche
U4:	2. – 4 1/2. Lebensmonat
U5:	5. – 8. Lebensmonat
U6:	9. – 14. Lebensmonat
U7:	20. – 27. Lebensmonat
U7a:	33. – 38. Lebensmonat
U8:	43. – 50. Lebensmonat
U9:	58. – 66. Lebensmonat
J1:	13. – 15. Lebensjahr

II. **Weitere gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen**

A. Leistungen ab Geburt:

1. Neugeborenen Audio-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit
 - Anzahl/Intervall: einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 85 EUR**
2. Schiel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen
 - Anzahl/Intervall: einmalig im Laufe des 3. Lebensjahres
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 EUR**
3. Kindergarten-Eingangsuntersuchung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 EUR**
4. Fettstoffwechsel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen
 - Anzahl/Intervall: einmalig zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 EUR**
5. Kinder-Intervall-Checks: Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche
 - Anzahl/Intervall:
 - U6a: einmalig im 15. bis 18. Lebensmonat
 - U10: einmalig im 8. bis 9. Lebensjahr
 - U11: einmalig im 10. bis 11. Lebensjahr
 - J2: einmalig im 17. bis 18. Lebensjahr
 - Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung erfolgen
 - Höchsterstattungsbetrag: **jeweils bis 70 EUR**
6. Reisemedizinische Vorsorge: Beratung, ggf. inklusive schriftlicher Information und/oder klinischer Untersuchung
 - Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 EUR**

- | | | | |
|----|--|------------|---------------|
| 7. | Hauttyp-Bestimmung einschließlich -Beratung <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: einmalig • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 25 EUR |
| 8. | Blutgruppenbestimmung <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: einmalig • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 50 EUR |

B. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

- | | | | |
|----|--|------------|----------------|
| 1. | Sportmedizinischer Check-up: <ul style="list-style-type: none"> a) Internistische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung sowie Belastungs-EKG b) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Feststellung des Sportmedizinischen Status sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen • Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren, ab vollendetem 35. Lebensjahr wahlweise anstelle des Großen Gesundheits-Checks (vgl. C.2) • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 200 EUR |
| 2. | Lungen-Check: Lungenfunktionsprüfung zur Krankheitsfrüherkennung <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: bis zum vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 4 Jahren (vgl. aber auch C.1), wenn dieser Check nicht schon im Rahmen des Sportmedizinischen Check-up durchgeführt wurde/wird • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 55 EUR |
| 3. | Hautkrebs-Vorsorge <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 50 EUR |
| 4. | HIV-Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 40 EUR |
| 5. | Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: einmal jährlich • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 15 EUR |
| 6. | Beratung zur Hausapotheke insbesondere hinsichtlich ihrer Zusammenstellung und Anwendung <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 15 EUR |

Speziell für Frauen:

- | | | | |
|----|--|------------|----------------|
| 7. | Vitalitäts-Untersuchung des Feten in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie (Ultraschall) mit Aushändigung der Bilddokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 55 EUR |
| 8. | Ersttrimesterscreening in der 11. bis 14. Schwangerschaftswoche als zusätzliche Labor-, Ultraschalldiagnostik und Risikoberatung in der Schwangerschaft bezüglich der Erkennung von sonographischen Auffälligkeiten und Hinweise auf Chromosomenstörung des Embryos (z.B. Gefäß- und Herzmissbildungen, Morbus Down) <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft • Höchsterstattungsbetrag: | bis | 200 EUR |

C. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

- | | | | |
|----|--|------------|----------------|
| 1. | Allgemeine Check-up-Leistungen <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren • Gesamthöchsterstattungsbetrag: | bis | 130 EUR |
|----|--|------------|----------------|

Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem oben genannten Gesamthöchsterstattungsbetrag zusammengestellt werden können:

- a) Sono-Check: Sonographie (Ultraschall) innerer Organe
- Höchsterstattungsbetrag: **bis 75 EUR**
- b) Lungen-Check: vergleiche B.2
- Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 EUR**
- c) Kleiner Gesundheits-Check:
- ca) Internistische Variante: Untersuchung u. a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ruhe-EKG
- cb) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen
- Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 EUR**
2. Großer Gesundheits-Check (wahlweise anstelle des Sportmedizinischen Check-up gemäß B.1) als Ergänzung zu:
- einem Kleinen Gesundheits-Check (C.1c) oder
 - Vorsorgeuntersuchungen, die den in der GKV eingeführten Vorsorgeprogrammen entsprechen
- als Vorsorgeuntersuchung u. a. mit umfangreicher Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung, Sonographie (Ultraschall) innerer Organe sowie Belastungs-EKG
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 210 EUR**
3. Große Krebsvorsorge für Frauen: Untersuchung u. a. mittels Sonographie (Ultraschall) von insbesondere Gebärmutter und Eierstöcken
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 95 EUR**
- D. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:**
1. Glaukom-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit "Grüner Star"
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 70 EUR**
2. Osteoporose-Vorsorge: Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) zur Früherkennung der Skeletterkrankung Osteoporose, die durch Verminderung der Knochensubstanz zu einer erhöhten Bruchgefahr führt
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 EUR**
3. Schilddrüsen-Vorsorge: Schilddrüsendiagnostik insbesondere zur Früherkennung von Über- und Unterfunktionen durch Bestimmung des Hormons TSH
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 EUR**
4. Brustkrebs-Vorsorge: Mammographie (Röntgen der Brust) zur medizinisch empfohlenen Früherkennung von Brustkrebs, unabhängig von relevanten Risikofaktoren. Auf besonderen Wunsch (z.B. Vermeidung von Strahlenbelastung) kann anstelle der Mammographie auch eine Sonographie (Ultraschall-Untersuchung) in Anspruch genommen werden.
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 EUR**
5. Große Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung u.a. mittels Sonographie (Ultraschall) insbesondere von Prostata, Hoden und Nieren sowie Bestimmung des prostataspezifischen Antigens als möglicher Hinweis auf einen Tumor (PSA-Test)
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 EUR**

E. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:

1. Hirnleistungs-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen wie Morbus Alzheimer
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 EUR**

2. Schlaganfall-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schlaganfall-Risiken an den Hirngefäßen (z.B. Halsschlagader) mittels Doppler-Ultraschall
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 100 EUR**

III. Gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

⇒ GOZ-Nr. 0010

IV. Zahnärztliche Prophylaxeleistungen einschließlich PZR

Prophylaktische Leistungen

- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung
- Kontrolle des Übungserfolges und weitere Unterweisung
- Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und –behandlung, mit Lack oder Gel
- Lokale Anwendungen von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger

⇒ GOZ-Nrn. 1000, 1010, 1020, 1030
(ggf. GOZ-Nr. 5170 und die Material-/Laborkosten der Medikamentenschiene)

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.

⇒ GOZ-Nr. 1040

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Serviceleistungen der BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB gelten nur in Verbindung mit den AVB für die BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3 (Druckstück B 502).
Sie sind Bestandteil unseres gemeinsamen Vertragsverhältnisses.

Unsere Serviceleistungen für Sie kurz im Überblick:

1. Gesundheitstelefon – unter der gebührenfreien Rufnummer	0800/3746 444
2. 24-Stunden-Notruf-Service – unter der Rufnummer (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)	+49 221/578 94005

1. **Gesundheitstelefon**

Sie wünschen medizinische Informationen und Beratungen zur Heilbehandlung?

Über unser **Gesundheitstelefon** erhalten Sie und die versicherten Personen umfangreiche Serviceleistungen.

Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer

0800/3746 444.

Das Leistungspaket unseres **Gesundheitstelefons**:

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten und Arzneimitteln,
- Diagnose- und Behandlungsmethoden,
- Heil- und Hilfsmitteln,
- Vorsorgeprogrammen (einschließlich Erinnerungsservice) und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern).

Wir nennen Ihnen Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken.

Wir senden Ihnen Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen.

Außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern,
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen,
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung,
- eine individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke).

2. 24-Stunden-Notruf-Service

2.1 Bei Auslandsreisen steht Ihnen und allen versicherten Personen der **24-Stunden-Notruf-Service** unter der Rufnummer

+49 221/578 94005

(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters)

mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

Der 24-Stunden-Notruf-Service

- vermittelt und nennt Ihnen Ärzte, Dolmetscher und Krankenhäuser,
- vermittelt eine ärztliche Betreuung und übernimmt die Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt,
- benachrichtigt die Angehörigen der versicherten Person,
- organisiert für die versicherte Person
 - Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen,
 - Transporte bzw. die Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus,
 - den Rücktransport aus dem Ausland, unter bestimmten Voraussetzungen auch von mitgereisten gesunden Kindern,
 - den Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln ins Ausland,
- organisiert die Reise und Unterbringung einer der versicherten Person nahestehenden Person (z.B. Familienangehörige, Lebenspartner) von deren Wohnort zum Krankenhaus und zurück. Voraussetzung ist, dass der Krankenhausaufenthalt der versicherten Person im Ausland länger als 10 Tage dauert.
- organisiert die Betreuung mitgereister Kinder unter 16 Jahren vor Ort durch einen Kinderdienst. Die Betreuung wird für die Dauer der stationären Heilbehandlung einer versicherten Person organisiert. Voraussetzung ist, dass aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung der Eltern im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist. Dies gilt entsprechend, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt eines ohne Partner reisenden Elternteils erforderlich ist.
- organisiert eine Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes.

2.2 Unmittelbar nach Unfällen oder Krankenhausbehandlungen bzw. ambulanten Operationen einer versicherten Person können Sie ein Beratungsgespräch zur Feststellung eines Versorgungsbedarfs verlangen. Sie erreichen den **24-Stunden-Notruf-Service** unter der Rufnummer **+49 221/578 94005**. Dieser ermittelt mit Ihnen gemeinsam den Bedarf.

Folgende Leistungen kann er für Sie organisieren:

- Einen Menüservice oder eine Begleitung bei Arzt- und Behördengängen,
- eine Hilfskraft für z.B. Einkäufe und notwendige Besorgungen, die Wohnungsreinigung oder für die Wäsche bzw. Schuhpflege,
- eine Tag- und Nachtwache nach einer ambulanten Operation,
- eine Fachkraft zur Grundpflege.

Für Sie vermittelt unser Notruf-Service bei Bedarf auch

- eine Kinderbetreuung für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr,
 - bei Erkrankung des versicherten Kindes oder
 - bei Erkrankung und während einer vollstationären Heilbehandlung des versicherten Erziehungsberechtigten,
- geeignetes Personal zwecks Kompensation von Unterrichtsausfall bei versicherten schulpflichtigen minderjährigen Kindern. Voraussetzung ist, dass das Kind länger als 3 Wochen aufgrund eines der in Satz 1 genannten Ereignisse nicht am Schulunterricht teilnehmen kann.
- einen Ansprechpartner zur Einrichtung einer Hausnotrufanlage,
- eine Beratung bei einer sich abzeichnenden Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und Kontaktherstellung zu Pflegeheimen,
- die Organisation einer Pflegeschulung für Angehörige der versicherten Person,
- eine Beratung bei notwendigem Umbau von Wohnung und/oder Kfz der versicherten Person,
- die Organisation einer Betreuung von Haustieren (auch während einer vollstationären Heilbehandlung).

2.3 **Wir ersetzen nicht** die Aufwendungen für Entgelte, die sich aus organisierten bzw. vermittelten Dienstleistungen ergeben (z.B. für den Menüservice selbst oder die Umbaukosten für Wohnung / Kfz).

2.4 Der **24-Stunden-Notruf-Service** vermittelt Ihnen darüber hinaus nach traumatisierenden Ereignissen

- eine telefonische psychologische Erstbetreuung,
- einen Therapieplatz bei einem auf Traumabehandlung spezialisierten Psychotherapeuten in Wohnortnähe.

Die Aufwendungen für die Behandlung werden bis zu 6 Sitzungen von uns übernommen.

Als traumatisierende Ereignisse gelten Naturkatastrophen bzw. Flug- und Bahnunfälle. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person von diesen Ereignissen vor Ort unmittelbar betroffen ist. Auch der Unfalltod des Ehegatten bzw. Lebenspartners oder eines nahen Angehörigen gilt als traumatisierendes Ereignis.

Heilmittelverzeichnis des
BestMed Tarifs BM und der
BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3.¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	9,00
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	26,00
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	37,00
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	45,00
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	8,00
006 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,00
007 Krankengymnastik (Atemtherapie)	
a) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	45,20
b) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	14,00
008 Bewegungsübungen	10,00
009 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	31,00
010 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	16,00
011 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	30,00
012 Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00
013 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	120,00
014 Gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	46,00
015 Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	7,00
016 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	9,00

¹ Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB).

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
III. Massagen	
017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	18,00
018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	26,00
b) Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	38,00
c) Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	51,00
d) Kompressionsbandagierung einer Extremität	12,00
019 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,00
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
020 Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,00
021 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	16,00
021a Natur-Fango (einmal verwendbar)	
a) Wärmepackung (Teilpackung)	30,00
b) Wärmepackung (Großpackung)	39,00
c) Kaltpackung	22,00
022 An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	16,00
023 Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,00
024 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	9,00
b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,00
c) Weitere Zusätze, je Zusatz	4,00
025 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	26,00
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	30,00
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	28,00
V. Kälte- und Wärmebehandlung	
026 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	13,00
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	9,00
027 Eisteilbad	13,00
028 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	8,00
VI. Elektrotherapie	
029 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	8,00
030 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	8,00
031 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	8,00
032 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	16,00
033 Iontophorese	8,00
034 Zwei- oder Vierzellenbad	15,00
035 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
VII. Lichttherapie	
036 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	5,00
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00
037 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	5,00
b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	7,00
038 a) Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	8,00
b) Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	12,00
VIII. Logopädie	
039 Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	38,00
040 Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	59,50
040a Ausführlicher Bericht	14,20
041 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
a) Mindestdauer 30 Minuten	38,00
b) Mindestdauer 45 Minuten	49,80
c) Mindestdauer 60 Minuten	62,60
042 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	17,90
b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	20,90
IX. Ergotherapie	
043 Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplan, einmal je Behandlungsfall	31,70
044 Einzelbehandlung	
a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
045 Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
046 Gruppenbehandlung	
a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
X. Podologie	
047 Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,70
048 Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße Richtwert: 20 bis 30 Minuten	14,50
049 Nagelbearbeitung eines Fußes Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,25
050 Nagelbearbeitung beider Füße Richtwert: 20 bis 25 Minuten	13,05
051 Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 20 bis 30 Minuten	14,50
052 Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) Richtwert: 40 bis 50 Minuten	26,20
053 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	9,00
XI. Osteopathische Leistungen,	
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.	

Preis- und Leistungsverzeichnis des
BestMed Tarifs BM und der
BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3
für zahntechnische Leistungen¹.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Arbeitsvorbereitung	
0001 Modell Hartgips/Superhartgips	5,70
0002 Modell nach Überabdruck	8,90
0003 Modell vermessen	5,60
0004 Modellpaar sockeln	20,20
0005 Sägemodell/Modell Sägesegment	8,90
0006 Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	7,90
0007 Modellergänzung aus Kunststoff	18,40
0008 Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50
0009 Platzhalter einfügen	15,50
0010 Verwendung von Kunststoff	15,50
0011 Abdruck galvanisieren	15,50
0012 Set-up je Segment	8,20
0013 Einzelstumpfmodell	8,90
0014 Set-up Modell	8,90
0015 Dowel-Pin setzen	2,00
0016 Zahnkranz bearbeiten	4,60
0017 Zahnkranz sockeln	5,30
0018 Einstellen in Fixator (OK + UK)	7,50
0019 Modellmontage indiv. Artikulator I	13,30
0020 Übertragungslehre für Zweitmontage	10,20
0021 Frontzahnführungsteller individuell	17,30
0022 Frässockel/Modell/je Kiefer	9,20
0023 Split Cast an Modell/je Kiefer	15,30
0024 Modellsegment sägen	5,10
0025 Kontrollmodell	6,10
0026 Remontage Modell	25,50
0027 Modell aus feuerfester Masse	10,20
0028 Stumpf aus feuerfester Masse	15,30
0029 Stumpf aus Superhartgips	5,60
0030 Stumpf aus Kunststoff	8,20
0031 Ausblocken eines Stumpfes	2,70
0032 Stumpf vorbereiten	4,10
0033 Reponieren eines Stumpfes	3,90
0034 Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	8,20
0035 Dublieren eines Einzelstumpfes	8,20
0036 Radieren des Abschlussrandes	3,10
0037 Radieren nach System je Kiefer	5,10
0038 Abdecken eines Kieferteils je Kiefer	3,10
0039 Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	22,40

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Teil 2 Nr. 6 AVB BM bzw. BMK)

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR****Herstellung individueller Hilfsmittel**

0101	Basis für Vorbissnahme	9,40
0102	Konstruktionsbiss	9,40
0103	Basis Autopolimerisat	19,40
0104	Individueller Löffel	19,40
0105	Funktionslöffel	19,40
0106	Bissregistrierung	19,40
0107	Stützstiftregistrierung	19,40
0108	Kunststoffbasis für Aufstellung	19,40
0109	Bisswall (Wachs/Kunststoff) je Kiefer	5,50
0110	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	22,20
0111	Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren je Kiefer	13,30
0112	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen/je Zahn	6,00
0113	Spezialbissplatte	18,40

Provisorium

0201	Provisorische Krone oder Brückenglied/Stiftzahn/Onlay/Inlay aus Kunststoff/Metall	28,60
0202	Formteil für prov. Versorgung pro Kiefer	18,80
0203	Metallarmierung für prov. Versorgung/je Kiefer	34,70
0204	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,10
0205	Metallprovisorium verblenden einfarbig bis Zahn 6	28,60
0206	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig bis Zahn 6	40,80

Inlays Gold

0301	Gussinlay indirekt einflächig	49,00
0302	Gussinlay indirekt zweiflächig	67,30
0303	Gussinlay indirekt dreiflächig	79,60
0304	Gussinlay indirekt mehrflächig	79,60
0305	Guss Onlay	79,60
0306	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	61,20
0307	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	69,40
0308	Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig	80,60
0309	Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig	85,70
0310	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig	49,00
0311	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig	59,20
0312	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig	69,40
0313	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig	74,50

Inlays Kunststoff (keine Provisorien)

0314	Inlay aus Kunststoff einflächig	38,80
0315	Inlay aus Kunststoff zweiflächig	51,00
0316	Inlay aus Kunststoff dreiflächig	65,30
0317	Inlay aus Kunststoff mehrflächig	69,40
0318	Onlay aus Kunststoff	69,40

Inlays Keramik (inkl. Schichtung individuell)

0319	Keramikinlay einflächig	90,80
0320	Keramikinlay zweiflächig	93,80
0321	Keramikinlay dreiflächig	96,90
0322	Keramikinlay mehrflächig	107,10
0323	Teilkrone/Onlay/Keramik	96,90

Inlay Presskeramik (z.B. Empress od. Cercon)

0324	Inlay aus Presskeramik einflächig	80,30
0325	Inlay aus Presskeramik zweiflächig	82,10
0326	Inlay aus Presskeramik dreiflächig	87,50
0327	Inlay aus Presskeramik mehrflächig	90,50
0328	Onlay aus Presskeramik	90,50

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR****Inlay aus Keramik gefräst**

0329	Inlay aus Keramik gefräst einflächig	111,40
0330	Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig	113,30
0331	Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig	115,80
0332	Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	120,90
0333	Onlay aus Keramik gefräst	120,90

Kronen/Brücken

0334	Wurzelstift gegossen	34,70
0335	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	61,50
0336	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	27,50
0337	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	46,90
0338	Stiftaufbau	46,60
0339	Stiftaufbau in vorhand. Krone einarbeiten	13,50
0340	Stiftkrone aus Kunststoff	65,30
0341	Angelieferte Modellation gießen	20,20
0342	Vorbereiten Krone/Brückenglied	13,50
0343	Krone/Brückenglied einarbeiten	13,50
0344	Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	61,50
0345	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0346	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0347	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	61,50
0348	Krone für Kunststoffverblendung	69,40
0349	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung	66,30
0350	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	61,50
0351	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	51,00
0352	Galvanokrone für Verblendung	61,20
0353	Krone aus Presskeramik	125,50
0354	Teilkrone aus Presskeramik	90,50
0355	Krone/Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung	72,30
0356	Krone aus Keramik gefräst	132,20
0357	Krone aus Keramik gefräst zur Keramikverblendung	115,90
0358	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff/Front und Seitenzähne, nicht als Provisorien	64,90
0359	Mantel-(Jacket-)krone Keramik/Front- u. Seitenzähne, nicht als Provisorien	100,90
0360	Brückenglied massiv	47,10
0361	Brückenglied für Vollverblendung	32,10
0362	Brückenglied aus Keramik	92,80
0363	Verbindungsteile aus Keramik	8,20

Teleskope/Geschiebe/Stege/Riegel

0368	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	84,70
0369	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	94,00
0370	Umlaufende Fräsung	30,40
0371	Individuelles Geschiebe primär	77,50
0372	Individuelles Geschiebe sekundär	80,20
0373	Geschiebefräsung	29,20
0374	Grundeinheit Individueller Steg/Primär- und Sekundärteil	82,10
0375	Individueller Steg/Längeneinheit	8,20
0376	Steggeschiebe individuell/Primär- und Sekundärteil	64,10
0377	Steggeschiebe individuell an Basis	34,70
0378	Steg abknicken	7,10
0379	Stegfräsung	18,40
0380	Konfektionssteg	53,50
0381	Konfektionssteg Längeneinheit	3,10
0382	Konfektionsstegglasche an Basis	18,40
0383	Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,70
0384	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	18,40
0385	Stift im Inlay zum Pinledge	15,30

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR**

0386	Drehriegel, Schwenkriegel individuell inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	161,00
0387	Wiederherstellung Drehriegel/Schwenkriegel individuell	107,30
0388	Konfektionsriegel primär	34,70
0389	Konfektionsriegel sekundär	71,20
0390	Konfektionsgeschiebe primär	34,70
0391	Konfektionsgeschiebe sekundär	71,20
0392	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50
0393	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20
0394	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20
0396	Schubverteilungsarm	54,50
0397	Teilfräsung	18,40
0398	Lager für Ankerbandklammer	77,50
0399	Ankerbandklammer sekundär	80,20
0400	Lager für Raste	8,20
0401	Raste in Lager	6,10
0402	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Schraube/Bolzen	8,20
0403	Einarbeiten Friktionsstift/Schraube/Bolzen	42,00

Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen

0501	Metallverbindung nach keramischem Brand/inklusive Lötmetall	24,90
0502	Lötfreie Verbindungen/Primärteil je Einheit	5,60
0503	Lötfreie Verbindungen/Sekundärteil je Einheit	9,20
0504	Laserschweißen je Kiefer	14,30
0505	Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,20
0506	Lötung 2/3: mit/ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	14,30

Veneers/Verblendungen/Zahnfleisch

0601	Verblendung Kunststoff bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	46,80
0602	Verblendung Keramik bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	78,60
0603	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Kunststoff bis Zahn 6	13,90
0604	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Keramik bis Zahn 6	30,30
0605	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik	14,30
0606	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik bis Zahn 6	25,00
0607	Verblendschale aus Kunststoff	56,10
0608	Verblendschale aus Keramik	114,20
0609	Verblendschale aus Presskeramik	98,20
0610	Verblendschale aus Keramik geätzt	119,20

Metallbasen und gegossene Klammern

0701	Metallbasis/OK od. UK/Totale sow. Partielle	122,10
0702	Einarmige Klammer	10,50
0703	Inlayklammern	8,80
0704	Fortlaufende Klammern je Zahn	10,50
0705	Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,50
0706	Kralle	10,50
0707	Ney-Stiel	10,50
0708	Auflage	10,50
0709	Umgehungsbügel bei Diastema	10,50
0710	Zweiarmige Klammer	20,00
0711	Approximalklammer	20,00
0712	Ringklammer	20,00
0713	Rücklaufklammer	20,00
0714	Gegenlager	20,00
0715	Zwei Zähne umfassende Doppelklammer	20,00
0716	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)	29,70
0717	Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70
0718	Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
0719	Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,70
0720	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
0721 Überwurfklammer mit Auflage(n)	29,70
0722 Bonwillklammer	39,80
0723 Rückenschutzplatte	37,70
0724 Metallzahn	37,70
0725 Metallkaufäche	37,70
0726 Lösungsknopf für Friktionsprothese/max. 2 je Kiefer	15,20
0727 Unterfütterbarer Abschlussrand	18,10
0728 Zuschlag für einzeln gegossene Klammer(n)	20,70
0729 Kragenfassung	8,20
0730 Modellgussteil konditionieren/je Kiefer	12,20
0731 Metallfläche konditionieren/je Einheit	8,20
Auf- und Fertigstellung/gebogene Klammern	
0801 Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	32,30
0802 Aufstellung Wachsbasis je Zahn	1,80
0803 Aufstellung aus Metallbasis je Zahn	2,70
0804 Übertragung einer Aufstellung je Zahn	1,90
0805 Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,90
0806 Fertigstellung einer Prothese je Zahn	3,30
0807 Einarmige Klammer	8,10
0808 Inlayklammer	8,10
0809 Interdental-Knopfklammer	8,10
0810 Approximalklammer	8,10
0811 Auflage (nicht Krallen)	8,10
0812 Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager	8,10
0813 Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage	14,90
0814 Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	14,90
0815 Überwurfklammer	14,90
0816 Doppelbogenklammer (zwei Zähne)	14,90
0817 Basis aus Weichkunststoff	52,10
0818 Sonderkunststoffe/je Kiefer	52,10
0819 Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,70
0820 Remontage Prothese	20,40
0821 Selektives Einschleifen	31,60
0822 Reokkludieren einer Prothese	4,60
0823 Zahnfleischklammer	10,20
0824 Pelottenklammer	18,40
0825 Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten	36,70
0826 Saugkammer einarbeiten	4,10
Schienen	
082 Aufbisschiene	104,30
0828 Knirscherschiene	104,30
0829 Bissführungsplatte/komplett	104,30
0830 Miniplastschiene	61,90
0831 Retentionschiene	61,90
0832 Verband- oder Verschlussplatte	61,90
0833 Umarbeiten einer Prothese, Aufbissbehelf	43,10
0834 Festsitz, Schiene adjustierbar je Zahn	9,50
0835 Abnehmbare Dauerschienen/Metall, adjustierbar	154,10
0836 Medikamententrägerschiene	66,30
0837 Schienungskappe aus Kunststoff	17,30
0838 Obturator aus Kunststoff	93,80
0839 Resektionskloß aus Kunststoff	57,10
0840 Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit	102,00
0841 Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn	10,20

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR****Kieferorthopädie/Reparaturen**

0901	Basis für Einzelkiefergerät	47,80
0902	Basis für bimaxiliäres Gerät	100,90
0903	Schiefe Ebene/je Kiefer	39,70
0904	Vorhofplatte	53,00
0905	Kinnkappe	47,70
0906	Aufbiss/je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet	9,40
0907	Abschirmelement	16,20
0909	Schraube einarbeiten	14,30
0910	Spezial-Schraube einarbeiten	18,60
0911	Trennen einer Basis	5,90
0912	Labialbogen	18,20
0913	Labialbogen modifiziert	23,80
0914	Labialbogen intermaxiliär	28,30
0915	Feder, offen	8,10
0916	Feder, geschlossen	10,30
0917	Verbindungselement intramaxiliär	21,10
0918	Verbindungs- oder Führungselemente intermaxiliär	23,50
0919	Verankerungselement/Ankerband	19,50
0920	Einzelelement einarbeiten	10,11
0921	Metallverbindung	14,10
0922	Einarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	8,80
0923	Mehrmarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	14,90
0924	Grundeinheit für Instandsetzung KFO-Basis	15,80
0925	Dehn- und/oder Regulierungselement	6,70
0926	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoff-Basis	43,30
0927	Facebow anpassen	13,30
0928	Häkchen	10,20
0929	Lingualbogen	30,60
0930	Palatinalbogen	38,80
0931	Positioner	142,80
0932	Druckfeder/Zugfeder	15,30
0933	Lückenthalter	18,40
1001	Grundeinheit für Instandsetzung Prothese	17,70
1002	Leistungseinheit Sprung	7,80
1003	Leistungseinheit Bruch	7,80
1004	Leistungseinheit Einarbeiten eines Zahnes	7,80
1005	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	7,80
1006	Leistungseinheit Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten	7,80
1007	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	7,80
1008	Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen/wiederbefestigen	7,80
1009	Retention, gebogen	41,70
1010	Retention, gegossen	51,10
1011	Gegossenes Basisteil	63,90
1012	Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung	21,50
1013	Teilunterfütterung einer Basis	37,30
1014	Vollständige Unterfütterung einer Basis	52,00
1015	Basis erneuern	63,30
1016	Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	13,50
1017	Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,80
1018	Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
1019	Instandsetzen Kunststoffverblendung bis Zahn 6	15,80
1020	Instandsetzen Keramikverblendung bis Zahn 6	15,80
1021	Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,80

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Sonstiges	
1100 Versandkosten	3,70
1101 Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit	11,00
Implantologie	
I 111 Implantat einschließlich folgender mit abgegoltener Begleitleistungen:	200,00
– Röntgenkugel positionieren	
– Modellimplantat repositionieren	
– Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben	
– Verlängerungshülse für Implantat	
– Bearbeiten eines Implantatkopfes	
– Drehsicherungsstopp bei Implantaten	
– Verschraubung Implantat	
– Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	
– Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	
– Lötfreie Verbindung Primärteil	
– Stegfräsung	
– Steggeschiebe	
– Metallverbindung Primärteile	
I 112 Parallelbohrschablone für Implantat pro Kiefer 1x	30,00
I 113 Implantatkontrollschablone pro Kiefer 1x	25,00
I 114 Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60
I 115 Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	73,40
I 116 Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	56,10
I 117 Magnetpaar einarbeiten	49,00

Hinweise:

Preise gelten zuzügl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

BestMed Krankenhaus Tarif BMZ1

AUFBAUSTUFE ZU EINER KRANKHEITSKOSTEN-VOLLVERSICHERUNG (KKV)

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den AVB für die jeweilige KKV (in gesondertem Druckstück).

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

die AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus

- diesen AVB,
- den AVB der zugrundeliegenden KKV,
- dem Versicherungsschein,
- späteren schriftlichen Vereinbarungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

Es gilt deutsches Recht.

Unsere zusätzlichen Leistungen

1. Was sind unsere zusätzlichen Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

1.1 Wir ersetzen die erstattungsfähigen Mehraufwendungen für die

- **Unterbringung im Einbettzimmer zu 100%.**

Mehraufwendungen sind die Differenzkosten zwischen den Zuschlägen für Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer.

Zählt das Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, gilt Folgendes: Wir ersetzen nach Anrechnung der Leistungen aus der zugrundeliegenden KKV bzw. aus Tarif BMZ2 die verbleibenden Aufwendungen für die

Unterbringung im Einbettzimmer **zu 100%.**

1.2 Nimmt die versicherte Person kein Einbettzimmer in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld.

Dieses beträgt **20 EUR je Tag.**

Das Tagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären - Heilbehandlung.

Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

2. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?

Wird diese Aufbaustufe zeitgleich und mit einheitlichem Versicherungsbeginn mit der KKV vereinbart, bestehen keine Wartezeiten.

In allen sonstigen Fällen beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung, Psychotherapie und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate. Wir können die Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen, wenn Sie dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen.

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn des Tarifs BMZ1 an.

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

3. **Wer kann versichert werden?**

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei uns eine geschlechtsunabhängig kalkulierte KKV mit Versicherungsschutz für die Krankenhausbehandlung im Zweibettzimmer vereinbart haben,
- keinen Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften haben.

Die Versicherung nach Tarif BMZ1 endet mit dem Entfall der Versicherungsfähigkeit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Krankentagegeld Tarif KTC

FÜR PRIVAT VERSICHERTE ARBEITNEHMER

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

<p>Wir zahlen Krankentagegeld in vereinbarter Höhe für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall.</p> <p>Sie können ein Krankentagegeld bis zu 100% des Nettoeinkommens vereinbaren.</p> <p>Als Leistungsbeginn können Sie einen dieser Termine vereinbaren:</p> <ul style="list-style-type: none">• 43. Tag• 64. Tag• 85. Tag• 92. Tag• 106. Tag• 127. Tag• 169. Tag• 183. Tag• 274. Tag• 365. Tag <p>der jeweiligen Arbeitsunfähigkeit.</p> <p>Die Leistungsdauer im Versicherungsfall ist unbefristet.</p> <p>Für Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit gilt: Hat der Arbeitgeber diese bei der Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, fassen wir diese bei der Ermittlung des Leistungsbeginns ebenfalls zusammen.</p>	<p>Alle drei Jahre ist eine Erhöhung des Krankentagegeldes anhand der allgemeinen Einkommensentwicklung möglich. Wir informieren Sie in regelmäßigen Abständen mit einem schriftlichen Anpassungsvorschlag. Den fristgerecht eingegangenen Antrag nehmen wir ohne Risikoprüfung an. Die Erhöhung erfolgt dann ohne neue Wartezeiten und gilt auch für laufende Versicherungsfälle.</p> <p>Außerdem bieten wir Ihnen Gelegenheit, das Krankentagegeld bei einer Erhöhung des Arbeitsentgelts anzupassen. Den fristgerecht eingegangenen Antrag nehmen wir ohne Risikoprüfung an. Die Erhöhung erfolgt dann ohne neue Wartezeiten. Sie gilt jedoch nicht für laufende Versicherungsfälle.</p> <p>Wir zahlen das Krankentagegeld auch bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche Zusage.</p> <p>Für die Dauer einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir anteilig Krankentagegeld, längstens für 182 Tage. Erstattet wird die Differenz zwischen der vereinbarten Krankentagegeldhöhe und dem Nettoeinkommen, das während der Teilarbeitsunfähigkeit erzielt wird.</p> <p>Für eine versicherte Person, die Elterngeld bezieht, zahlen wir einen Einmalbetrag in Höhe des 7fachen des vereinbarten Krankentagegeldes.</p> <p>Gern geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).</p>
---	---

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen	Seite
1. Was ist versichert?	2
2. Was sind unsere Leistungen?	3
3. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?	4
4. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	4
5. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?	4
6. Gilt der Versicherungsschutz in Deutschland auch außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltes?	5
7. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalt im Ausland?	5
8. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?	5
9. Können Sie den Versicherungsschutz an die allgemeine Einkommensentwicklung anpassen?	5
10. Können Sie den Versicherungsschutz auch an die persönliche Einkommensentwicklung anpassen?	6
11. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?	6

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?	6
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	7
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	7
4. Wie berechnen wir die Beiträge?	7
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	7
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	8
7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	8
8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	8
9. Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie und welche Rechte bestehen bei einer Kündigung?	8
10. Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?	9
11. Welche sonstigen Beendigungsgründe gibt es und welche Rechte bestehen bei einer solchen Beendigung?	9
12. Welche Gerichte sind zuständig?	10

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?	
1.1	Wir bieten Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall wegen Arbeitsunfähigkeit, soweit diese auf einer Krankheit oder einem Unfall beruht.
1.2	Im Versicherungsfall zahlen wir für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vereinbarter Höhe. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none">• Medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und• ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit während dieser Heilbehandlung.
1.3	Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht und eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist.
1.4	Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so zahlen wir das Krankentagegeld nur einmal.
1.5	Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend in keiner Weise ausüben kann. Dabei kommt es auf den objektiven medizinischen Befund an. Die versicherte Person darf ihre berufliche Tätigkeit auch tatsächlich nicht ausüben. Sie darf auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.

2. Was sind unsere Leistungen?

2.1 Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zahlen wir ab vereinbartem Leistungsbeginn – jedoch nicht vor Ablauf der Lohnfortzahlung - Krankentagegeld in vertraglicher Höhe. Das Krankentagegeld zahlen wir auch für Sonn- und Feiertage.

2.2 Als Leistungsbeginn können Sie einen dieser Termine vereinbaren:

- 43. Tag
- 64. Tag
- 85. Tag
- 92. Tag
- 106. Tag
- 127. Tag
- 169. Tag
- 183. Tag
- 274. Tag
- 365. Tag

ab dem Beginn der jeweiligen vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Für den Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit kommt es auf den Tag an, an dem sie ärztlich festgestellt wird. Dies gilt auch, wenn die Arbeitsunfähigkeit rückwirkend festgestellt wird.

Für Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit gilt: Hat der Arbeitgeber diese bei der Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, fassen wir diese bei der Ermittlung des Leistungsbeginns ebenfalls zusammen. Dies kann bei einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Krankheit der Fall sein. Durch diese Regelung stellen wir sicher, dass zwischen der Dauer der Lohnfortzahlung und dem passend vereinbarten Leistungsbeginn keine Lücke entsteht.

2.3 Für eine versicherte Person, die Elterngeld bezieht, zahlen wir Ihnen einmalig einen Betrag. Dieser beträgt

das 7fache des nach diesem Tarif vereinbarten Krankentagegeldes.

Maßgeblich ist die Höhe des vereinbarten Tagegeldes im ersten Monat, für den Elterngeld gezahlt wird. Wir zahlen den Betrag unabhängig von der Anzahl der gleichzeitig geborenen Kinder.

2.4 Zahlen wir Krankentagegeld auch bei einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit?

Bei einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir anteilig das Krankentagegeld, längstens jedoch für 182 Tage.

Folgende Voraussetzungen müssen hierzu gemeinsam erfüllt sein:

- Die versicherte Person nimmt nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit stufenweise wieder auf.
- Ein Arzt hat der Arbeitsaufnahme zugestimmt.

Wir zahlen dann das Krankentagegeld in Höhe der Differenz zwischen dem vereinbarten Krankentagegeld und dem Nettoeinkommen während der teilweisen Arbeitsunfähigkeit.

2.5 Zahlen wir Krankentagegeld auch bei Entziehungsmaßnahmen während der Arbeitsunfähigkeit?

Ja, und zwar, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat keinen anderweitigen Anspruch auf Ersatz des Verdienstausfalls.
- Wir müssen vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt haben. Diese können wir von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Die Anzahl der Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

Wir zahlen kein Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit wegen weiterer Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

2.6 Zahlen wir Krankentagegeld auch bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen während der Arbeitsunfähigkeit?

Ja, und zwar, wenn wir vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt haben.

Wir zahlen kein Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit während einer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme.

Weitere Voraussetzungen für unsere Leistungen:

2.7 Die versicherte Person muss sich während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen Arzt oder Zahnarzt behandeln lassen. Sie kann dabei unter den niedergelassenen Ärzten bzw. Zahnärzten frei wählen. Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren. Die Behandlung kann auch im Krankenhaus erfolgen. Die versicherte Person hat dabei die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Diese müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.

2.8 Bei medizinisch notwendigem stationären Aufenthalt in Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, gilt Folgendes: Sie müssen vor Beginn von uns eine schriftliche Zusage erhalten haben. Das Übergangsgeld des gesetzlichen Rehabilitationsträgers können wir hierbei anrechnen.

2.9 Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit müssen Sie durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachweisen. Etwaige Kosten solcher Nachweise sind von Ihnen zu tragen. Bescheinigungen von Ehe- bzw. eingetragenen Lebenspartnern, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

- 2.10 Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich über eine dauerhafte Verlängerung der Lohnfortzahlung zu informieren. Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass in diesem Zeitraum kein Anspruch auf Lohnfortzahlung des Arbeitgebers besteht. Andernfalls können wir den Leistungsbeginn rückwirkend entsprechend anpassen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Zuviel gezahlte Beiträge erstatten wir.

Höhe des Krankentagegeldes:

- 2.11 Das Krankentagegeld darf das berufliche Nettoeinkommen - auf den Kalendertag umgerechnet - nicht übersteigen. Sonstige Krankentage- und Krankengelder rechnen wir an. Hierzu zählen auch Zahlungen, die an die Stelle des Krankentagegeldes der gesetzlichen Krankenversicherung treten, z.B. Übergangsgeld und Verletztengeld.

Als maßgebliches Nettoeinkommen gilt: 80% des durchschnittlichen Bruttoeinkommens der letzten 12 Monate vor der Antragstellung bzw. vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Dabei berücksichtigen wir z.B. auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld.

- 2.12 Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich zu informieren, wenn sich das Nettoeinkommen dauerhaft verringert. Wir können das Krankentagegeld entsprechend herabsetzen, wenn dieses das Nettoeinkommen übersteigt. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Die Herabsetzung wird zu Beginn des zweiten Kalendermonats, nachdem wir von der Verringerung erfahren haben, wirksam. Bis dahin bleibt das Krankentagegeld in der bisherigen Höhe bestehen, auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit.

3. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

- 3.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 1 und 2).

Wir leisten jedoch generell nicht für Arbeitsunfähigkeit

- wegen Krankheiten, Unfällen und Todesfällen, die jeweils durch Kriegsereignisse verursacht wurden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle.

Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
- sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
- sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.

- wegen solcher Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- während der Zeiten des gesetzlichen Mutterschutzes.

- 3.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 4, Seite 4),
- bei Wartezeiten (vgl. Teil 1 Nr. 5, Seite 4),
- bei Aufhalten außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltes in Deutschland (vgl. Teil 1 Nr. 6, Seite 5),
- bei Aufhalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 7, Seite 5),
- bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 3, Seite 7),
- bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 7).

4. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

- 4.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und vor Ablauf von Wartezeiten.

- 4.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Zeit vor Versicherungsbeginn. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- 4.3 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9 bis 11, Seite 8 f.). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist (schwebende Versicherungsfälle). In diesen Fällen gilt aber folgende Besonderheit: Kündigen wir das Versicherungsverhältnis, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach der Beendigung.

5. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?

- 5.1 Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn an (vgl. Teil 1 Nr. 4.1, Seite 4).

- 5.2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall.

- 5.3 Für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit acht Monate.
- 5.4 Sämtliche Wartezeiten können wir aufgrund einer ärztlichen bzw. zahnärztlichen Untersuchung erlassen, wenn Sie dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen.
- 5.5 Zeiten einer Vorversicherung rechnen wir auf die Wartezeiten an. Dazu müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:
- Sie müssen Tarif KTC spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt haben.
 - Dieser Tarif muss zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung bei uns im unmittelbaren Anschluss zur Vorversicherung begonnen haben.
 - Die ununterbrochene Vorversicherungszeit müssen Sie uns nachweisen.
- Diese Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis, wenn ein Anspruch auf Heilfürsorge bzw. Beihilfe bestanden hat. In diesen Fällen rechnen wir die bisherige Dienstzeit auf die Wartezeiten an.
- 5.6 Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6. Gilt der Versicherungsschutz in Deutschland auch außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltes?

- 6.1 Hält sich die versicherte Person während der Arbeitsunfähigkeit in Deutschland nicht an Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt auf, gilt Folgendes: Wir zahlen das Krankentagegeld nur bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung. Unter bestimmten Voraussetzungen zahlen wir Krankentagegeld auch bei Entziehungsmaßnahmen und stationären Rehabilitationsmaßnahmen während der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Teil 1 Nr. 2.5 und 2.6, Seite 3).
- 6.2 Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, gilt Folgendes: Wir zahlen das Krankentagegeld, solange aus medizinischen Gründen eine Rückkehr nicht möglich ist.

7. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

- 7.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- 7.2 Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland zahlen wir das Krankentagegeld für akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle. Wir zahlen das Krankentagegeld aber nur für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.
- Dies gilt auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums.
- 7.3 Für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland besteht kein Versicherungsschutz. Wir können aber mit Ihnen besondere Vereinbarungen treffen. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.
- 7.4 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die betreffende Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

8. Wann erhalten Sie unsere Leistungen?

- 8.1 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.
- 8.2 Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden.

9. Können Sie den Versicherungsschutz an die allgemeine Einkommensentwicklung anpassen?

- 9.1 Wir bieten Ihnen Gelegenheit, das Krankentagegeld anhand der allgemeinen Einkommensentwicklung der letzten drei Jahre zu erhöhen. Eine Erhöhung kann erstmals im dritten Kalenderjahr nach dem Jahr des Versicherungsbeginns in diesem Tarif erfolgen. Danach kann sie in jedem dritten Kalenderjahr erfolgen. Das berufliche Nettoeinkommen der versicherten Person darf dabei nicht überschritten werden.
- 9.2 Wir informieren Sie mit einem schriftlichen Anpassungsvorschlag. Dieser enthält auch eine Frist für seine Rückgabe. Den fristgerecht eingegangenen Antrag nehmen wir ohne neue Risikoprüfung an. Die Anpassung wird dann ohne neue Wartezeiten zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt. Die Erhöhung gilt dann auch für laufende Versicherungsfälle.

- 9.3 Die Einzelheiten der Anpassung und der Beobachtung der allgemeinen Einkommensentwicklung legen wir einem unabhängigen Treuhänder gegenüber fest.

10. Können Sie den Versicherungsschutz auch an die persönliche Einkommensentwicklung anpassen?

- 10.1 Sie haben auch die Möglichkeit, das Krankentagegeld bei einer Erhöhung des Arbeitsentgelts für die versicherte Person anzupassen. Voraussetzung ist, dass sich das Nettoeinkommen im Sinne der AVB so erhöht, dass das Krankentagegeld um mindestens 5 EUR erhöht werden kann. Die Anpassung des Tagegeldes erfolgt maximal in gleicher prozentualer Höhe, wie sich das zuletzt erhaltene Nettoeinkommen erhöht hat. Eine vor der Erhöhung des Arbeitsentgelts bestehende Unterversicherung kann dabei nicht ausgeglichen werden. Wir können entsprechende Nachweise verlangen.
- 10.2 Die Erhöhung des Krankentagegeldes können Sie innerhalb von drei Monaten nach der Erhöhung des Arbeitsentgelts beantragen. Den fristgerecht eingegangenen Antrag nehmen wir ohne neue Risikoprüfung an. Die Anpassung wird dann ohne neue Wartezeiten zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt. Die Erhöhung gilt jedoch nicht für laufende Versicherungsfälle.

11. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?

- 11.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer. Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:

Wir können

- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
- die Rückstellung auszahlen,
- die Leistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken,
- für gesundheitsbewusstes Verhalten eine AktivPrämie ausloben. Damit belohnen wir bestimmte von uns angeratene Maßnahmen, z.B. den Besuch eines Fitnesskurses.

Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.

- 11.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der versicherten Person erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.
- 11.3 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:
- Aus der Versicherung der versicherten Person haben wir für das Geschäftsjahr kein Krankentagegeld gezahlt.
 - Die Versicherung hat in diesem Tarif während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und besteht noch am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
 - Für die Versicherung besteht kein Beitragsrückstand zum 31. Dezember des Geschäftsjahres.

Wir können die Höhe der Beitragsrückerstattung nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, für die ein Anspruch besteht, staffeln. Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?

- 1.1 Versicherungsfähig sind Arbeitnehmer, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die versicherte Person

- ist bei uns nach Tarifen für ambulante und stationäre Heilbehandlung versichert. Diese Tarife dürfen nicht für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sein.
- steht in einem festen Arbeitsverhältnis. Entfällt diese Voraussetzung, besteht weiter Versicherungsfähigkeit, wenn die versicherte Person mit hinreichender Aussicht auf Erfolg nach einer neuen Tätigkeit sucht. In diesem Fall müssen Sie uns dies innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses mitteilen.
- hat ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Wird dieser nachträglich in einen anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt, besteht weiter Versicherungsfähigkeit. Der Versicherungsschutz ist aber eingeschränkt (vgl. Teil 1 Nr. 7.2, Seite 5).
- ist weder in einem Bergbaubetrieb tätig (Ausnahmen: kaufmännische Angestellte) noch Berufssportler.

- 1.2 Den Wegfall einer dieser Voraussetzungen bei einer versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich anzeigen. Das Gleiche gilt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. bei Bezug von Altersrente. Erfahren wir erst später vom Eintritt eines solchen Ereignisses, gilt für die empfangenen Leistungen Folgendes: Soweit sich diese auf die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses beziehen, sind sie jeweils zurückzugewähren.

2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 2.1 Die Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns spätestens drei Tage nach dem vereinbarten Leistungsbeginn anzeigen. Die erforderliche Bescheinigung des Arztes (vgl. Teil 1 Nr. 2.9, Seite 3) ist hierbei vorzulegen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als zwei Wochen, müssen Sie alle zwei Wochen eine erneute Bescheinigung des Arztes vorlegen. Wir können diese Bescheinigung auch in anderen Abständen anfordern. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit müssen Sie uns binnen drei Tagen anzeigen.
- 2.2 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns oder einem von uns Beauftragten die gewünschten Auskünfte zu geben.
- 2.3 Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die versicherte Person muss diese Untersuchung innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen lassen.
- 2.4 Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen. Die Anweisungen des Arztes muss sie gewissenhaft befolgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- 2.5 Sie müssen jeden Wechsel des Berufes der versicherten Person unverzüglich anzeigen.
- 2.6 Sie dürfen eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit unserer Zustimmung neu abschließen bzw. erhöhen.

3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 3.1 Die Verletzung der Obliegenheiten kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Bei einer verspäteten Anzeige der Arbeitsunfähigkeit gilt dies allerdings nur solange, bis wir Ihre Anzeige erhalten haben. Wir zahlen kein Krankentagegeld, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.
- 3.2 Werden die in Nr. 2.5 und Nr. 2.6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.
- 3.3 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

4. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 4.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt, und dem Geburtsjahr.
- 4.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Kalkulationsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des Alterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren.
- 4.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir eine Alterungsrückstellung anrechnen.
- 4.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

- 5.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

- 5.2 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.
- 5.3 Solange Sie den ersten Beitrag schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen. Darüber hinaus haben Sie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe zu zahlen, mindestens jedoch 5 EUR je Mahnung.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 6.1 Wir garantieren im Rahmen dieser AVB Ihren Leistungsanspruch für die gesamte Dauer der Versicherung. Bei der Kalkulation des Beitrags berücksichtigen wir z.B. die Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit bei den Versicherten. Auch die Lebenserwartung legen wir hierbei zugrunde. Spätere Änderungen bei diesen Faktoren können die Ausgaben für unsere Leistungen beeinflussen. Wir vergleichen daher mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung bei den Leistungen, gilt Folgendes: Bei einer Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge dieses Tarifs überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von über 10% sind wir zur Prüfung dieser Beiträge und einer erforderlichen Änderung verpflichtet. Die gleiche Pflicht haben wir bei einer Abweichung von über 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten.

In allen Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Bei einer Beitragsanpassung können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag ändern.

- 6.2 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 7.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft - z.B. durch Gesetze - ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.

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

8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

- 8.1 Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir rechnen die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an.
- 8.2 Soweit der Versicherungsschutz im neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

9. Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie und welche Rechte bestehen bei einer Kündigung?

- 9.1 Sie können Tarif KTC zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Tarif KTC auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.
- 9.2 Bei einer Erhöhung der Beiträge können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung muss innerhalb eines Monats nach Mitteilung über die Erhöhung erfolgen. Sie wird dann zum Zeitpunkt der Änderung wirksam. Das gleiche Recht haben Sie, wenn wir die Leistungen wegen Verminderung des Nettoeinkommens bzw. Änderung der AVB (vgl. Teil 1 Nr. 2.12, Seite 4 bzw. Teil 2 Nr. 7.1, Seite 8) herabsetzen.

- 9.3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, gilt Folgendes: Sie können innerhalb von drei Monaten die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Den Eintritt der Versicherungspflicht müssen Sie uns nachweisen; die Frist hierzu beträgt zwei Monate. Andernfalls ist Ihre Kündigung unwirksam. Die Frist beginnt erst, wenn wir Sie zum Nachweis aufgefordert haben. Die Kündigung ist trotz Versäumung der Frist wirksam, wenn Sie dies nicht zu vertreten haben. Später können Sie die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge.
- 9.4 Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 9.5 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Ihre Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen.

Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

10. Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

Wir können Tarif KTC nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen.

11. Welche sonstigen Beendigungsmöglichkeiten gibt es und welche Rechte bestehen bei einer solchen Beendigung?

11.1 Die Versicherung der versicherten Person endet

- a) bei Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (vgl. Teil 2 Nr. 1.1, Seite 6). Sie endet zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Das Versicherungsverhältnis besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Es endet aber spätestens drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Hierbei kommt es auf den medizinischen Befund an.

Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Das Versicherungsverhältnis besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Es endet aber spätestens drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Sie können die Versicherung bis zum Ende des Monats, in dem das 75. Lebensjahr vollendet wird, fortführen. Voraussetzungen sind,

- dass weiterhin Versicherungsfähigkeit besteht und
- dass Sie uns Ihren Wunsch auf Fortführung spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 70. Lebensjahres mitteilen.

Tritt während der Fortführung der Versicherung Berufsunfähigkeit ein, gilt Folgendes: Die Versicherung endet dann mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

- d) mit dem Tod. Endet die Versicherung durch Ihren Tod, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung der Versicherung erfolgen.

- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums.

11.2 In folgenden Fällen können Sie die Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen:

- Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit,
- Berufsunfähigkeit,
- vorübergehende Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland.

In diesen Fällen müssen Sie uns Ihren Wunsch auf Fortführung innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Ereignisses mitteilen. Bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses beginnt die Frist ab diesem Zeitpunkt.

- 11.3 Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit können Sie die Fortsetzung der Versicherung in diesem oder einem anderen Krankentagegeldtarif verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir können die Fortsetzung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

12. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Ergänzungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Tarife **BM, BMK, BMZ1, KTC, KTN2, KTAG, KDT50/85, KDBE, KNHB, KSHR, KHMR, KAZM**

Sehr geehrte Versicherte,
sehr geehrter Versicherter,

mit Ihrer Beitrittserklärung haben Sie sich zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag angemeldet. Dies ist für Sie mit vielen Vorteilen verbunden. Zum Beispiel ist der zu zahlende Beitrag **günstiger** als im entsprechenden Tarif der Einzelversicherung. Darüber hinaus bestehen **keine Wartezeiten**.

Im Rahmen dieses Gruppenvertrages gelten die vereinbarten AVB mit folgenden Besonderheiten:

1. Gruppenversicherungsvertrag

Wir haben den Gruppenversicherungsvertrag mit dem jeweiligen Gruppenvertragspartner geschlossen. Dieser gilt im Rahmen dieses Vertrages als Versicherungsnehmer. Sie als Versicherter haben aber einen unmittelbaren Anspruch auf unsere Versicherungsleistungen. In den beiliegenden AVB sprechen wir Sie daher direkt als Versicherungsnehmer an. Zudem erhalten Sie einen Auszug aus dem Gruppenversicherungsvertrag mit den für Sie relevanten Bestimmungen.

2. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- 2.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem in Ihrem Versicherungsausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Eine Leistungspflicht besteht nur für Versicherungsfälle, die nach diesem Zeitpunkt eintreten.
- 2.2 Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Beginn des Versicherungsschutzes noch behandelt werden oder behandlungsbedürftig sind, gilt abweichend von den AVB Folgendes: Sie fallen erst unter Versicherungsschutz, wenn für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist.
- 2.3 In der Krankheitskostenversicherung gilt für eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Schwangerschaft: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die derzeitige Schwangerschaft (einschließlich einer etwaigen Früh- oder Fehlgeburt), der Schwangerschaftsabbruch, schwangerschaftsbedingte Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen, Wochenbett und Entbindung sowie deren jeweilige Folgen.

3. In welchem Umfang besteht der Versicherungsschutz?

- 3.1 Wir übernehmen für alle versicherbaren Personen, für die eine ordnungsgemäß ausgefüllte Beitrittserklärung vorliegt, den Versicherungsschutz.
- 3.2 Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den AVB, dem Versicherungsausweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- 3.3 Bei erhöhten Risiken können wir einen Ausschluss für bestimmte Leistungen festlegen oder einen Risikozuschlag erheben. Lehnen Sie die Zahlung des Risikozuschlags ab, gilt Folgendes: Für die Krankheiten und Unfallfolgen, für die wir den Risikozuschlag verlangt haben, besteht kein Versicherungsschutz.
- 3.4 Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge können auf Ihren Antrag entfallen. Voraussetzung ist, dass für die Zukunft nach ärztlichem Befund aus medizinischen Gründen Behandlungsbedürftigkeit nicht zu erwarten ist. Der Entfall wird dann zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei uns folgt.
- 3.5 Es gilt folgender Höchstsatz für die Krankenhaustagegeldversicherung: Insgesamt können Sie bei uns maximal 65 EUR Krankenhaustagegeld versichern.
- 3.6 Es gelten folgende Höchstsätze für die Krankentagegeldversicherung:
Tarife KTC, KTAG: Insgesamt können Sie bei uns maximal 520 EUR Krankentagegeld versichern.
Tarif KTN2: Für den 55 EUR übersteigenden Teil des Krankentagegeldes muss eine Karenzzeit von mindestens 7 Tagen vereinbart werden. Insgesamt können Sie bei uns maximal 300 EUR Krankentagegeld versichern.

4. Gibt es Wartezeiten?

Es gibt es keine allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

5. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

Es gelten die Regelungen der vereinbarten AVB, soweit sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag keine Besonderheiten ergeben.

6. Welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es und wann endet der Versicherungsschutz?

6.1 Eine Mindestversicherungsdauer gibt es nicht.

6.2 Sie können sich von der Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres abmelden. Ihre Abmeldung muss in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Frist beträgt drei Monate. Sie können die Abmeldung auch auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken. Scheiden Sie aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus, enden gleichzeitig die Versicherungen der mitversicherten Personen. Die Abmeldung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen Mitversicherten von der Abmeldung Kenntnis erlangt haben.

6.3 In der Krankentagegeldversicherung verzichten wir abweichend von den AVB auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

6.4 Die Versicherung endet bei

- Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw.
- Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis.

In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung besteht in diesen Fällen für schwebende Versicherungsfälle weiter Versicherungsschutz. Dieser endet spätestens vier Wochen nach der Beendigung der Versicherung.

6.5 In der Krankentagegeldversicherung gelten folgende Besonderheiten:

- Kündigen wir den Gruppenvertrag, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach der Beendigung.
- Besteht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes: Die Versicherung besteht noch bis zu dem Zeitpunkt, bis zu dem wir Krankentagegeld für diese Arbeitsunfähigkeit zahlen müssen. Sie endet aber spätestens 52 Wochen nach Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit.
- Sie haben einen Anspruch auf Umwandlung in eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn die Krankentagegeldversicherung wegen Entfall der Versicherungsfähigkeit beendet wird. Dies gilt auch bei Beendigung wegen des Bezugs von Altersrente bzw. Vollendung des 70. oder 75. Lebensjahres. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person länger als drei Monate versichert war. Die Umwandlung ist nur zulässig, wenn dadurch das bei uns insgesamt versicherte Krankenhaustagegeld einen Tagegeldsatz von 65 EUR nicht übersteigt. Sie müssen den Antrag auf Umwandlung spätestens bis zum Ablauf des zweiten Monats nach Beendigung der Versicherung stellen.

6.6 Die weiteren Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den vereinbarten AVB.

7. Wann kann die Versicherung in der Einzelversicherung fortgeführt werden?

7.1 Endet die Versicherung besteht folgender Anspruch: Sie bzw. die betroffene mitversicherte Person können die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Die aus dem Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung rechnen wir an. Bei einer Beendigung des Gruppenvertrages informieren wir Sie bzw. die mitversicherte Person über das Fortführungsrecht. Dieses endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem Sie bzw. die mitversicherte Person von diesem Recht erfahren haben. Das Fortführungsrecht gilt nicht, wenn die Versicherung durch außerordentliche Kündigung, Anfechtung oder Rücktritt beendet wurde.

7.2 Die Zeit, in welcher im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages eine ununterbrochene Versicherung bestand, berücksichtigen wir wie folgt: Wir rechnen sie auf die Fristen und Wartezeiten der beantragten Tarife in der Einzelversicherung an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG