

Tarif GesundSmart

	Seite		Seite
Präambel.....	2	G Selbstbeteiligung.....	13
A Allgemeine Regelungen	3	H Dynamisierung	13
B Ambulante Heilbehandlung	6	I Optionsrecht	14
C Stationäre Heilbehandlung	9	J Tarif GesundSmartA für Personen in der Ausbildung	15
D Zahnärztliche Behandlung	10	Anlage 1 Verzeichnis für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen	16
E Weitere Leistungen	11	Anlage 2 Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel	17
F Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu 3 Monaten.....	12		

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013)

	Seite		Seite
Versicherungsschutz		Änderungen des Versicherungsvertrags	
§ 1 Gegenstand der Versicherung	20	§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag	24
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	20	§ 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen	24
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	20	§ 18 Tarifwechsel.....	24
§ 4 Wartezeiten	20	§ 19 Versicherung von Neugeborenen, Adoption	25
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	20	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)	
§ 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten	21	§ 20 Allgemeines	26
Leistungen des Versicherers		§ 21 Einzelne Obliegenheiten	26
§ 7 Fälligkeit der Leistungen	21	§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte	26
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen	21	§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer	26
§ 9 Verpfändung.....	22	Dauer und Ende der Versicherung	
§ 10 Überschussbeteiligung/Beitragsrückerstattung	22	§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	27
Beiträge		§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	27
§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise.....	22	§ 26 Kündigung durch den Versicherer	28
§ 12 Berechnung des Beitrags	22	§ 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung	28
§ 13 Nichtzahlung der Beiträge.....	23	Weitere Regelungen	
§ 14 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung	23	§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	29
§ 15 Beitragszuschlag bei Nichterfüllung der Versicherungspflicht	23	§ 29 Anwendbares Recht	29
		§ 30 Gerichtsstand	29
		§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	29
		§ 32 Verjährung	29
		Streitschlichtungsstellen	30

Präambel

Der Tarif GesundSmart bietet Versicherungsschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung.

Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus

- dem Tarif GesundSmart:
 - Abschnitt A: Allgemeine Regelungen, die für alle Leistungsbereiche gelten
 - Abschnitte B bis F: Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbereichen
 - Abschnitt G: Selbstbeteiligung
 - Abschnitt H: Dynamisierung
 - Abschnitt I: Optionsrecht
 - Abschnitt J: Tarif GesundSmartA für Personen in der Ausbildung
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013),
- dem Antrag bzw. der Anfrage,
- dem Versicherungsschein,
- weiteren schriftlichen Vereinbarungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

A 1 Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde**Ärzte und Zahnärzte**

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen.

Psychotherapeuten

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei. Voraussetzung ist, dass die Behandlung in eigener Praxis, einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis, einem MVZ oder einem Krankenhaus stattfindet.

Hebammen und Entbindungspfleger

Der versicherten Person steht bei Schwangerschaft und Entbindung die Wahl unter den Hebammen und Entbindungspflegern frei.

Heilpraktiker

Der versicherten Person steht die Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei.

Sonstige Heilberufe

Auf ärztliche Verordnung steht der versicherten Person die Wahl unter Ergotherapeuten (auch Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten), Krankengymnasten, Logopäden/ Sprachheilpädagogen, Masseurinnen, Medizinischen Bademeistern, Physiotherapeuten und Podologen frei. Gleiches gilt für staatlich geprüfte Gesundheits- und Krankenpfleger im Bereich der ambulanten häuslichen Behandlungspflege, Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie für Fachkräfte für Soziotherapie.

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.
- Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

A 2 Verordnung und Bezug von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in A 1 genannten Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Abweichend hiervon können Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung vom Optiker bezogen werden, sofern dieser eine vorherige Refraktionsbestimmung durchgeführt hat.

A 3 Behandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der stationären Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

A 3a Entbindung in Geburtshäusern

Für Entbindungen hat die versicherte Person auch die freie Wahl unter Geburtshäusern / Hebammengeleiteten Einrichtungen (HgE).

A 4 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	Die Generali leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen. Die Generali kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
A 5 Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnis	Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Psychotherapeuten (GOP), den Hebammengebührenordnungen oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) entsprechen. Gebühren, die die jeweiligen Höchstsätze bzw. Höchstbeträge übersteigen, werden von der Generali nicht erstattet. Im Übrigen gilt hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Heilmitteln das Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2). Im Ausland entstandene Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen berechnet sind. Abweichende Regelungen gelten bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland (vgl. § 6 Abs. 2 und 3 AVB/VV 2013).
A 6 Übermaßbehandlung/ Missverhältnis	Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die Generali ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die Generali insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
A 7 Berücksichtigung von Leistungen anderer Kostenträger	Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge) ist die Generali nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind. Gegebenenfalls bestehende Ansprüche des Versicherungsnehmers auf ein Krankenhaustagegeld bleiben unberührt.
A 8 Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete	Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
A 9 Zeitliche Zuordnung von Leistungen	Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugeordnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und -einreichung sind für die Zuordnung nicht entscheidend.
A 10 Anrechnung von Versicherungsleistungen bei Tarifwechsel	Wechselt der Versicherte innerhalb der Krankheitskostenversicherung der Generali in den Tarif GesundSmart, gilt Folgendes: Bei Versicherungsleistungen, die eine summenmäßige Begrenzung für einen bestimmten Zeitraum vorsehen, werden die im bisherigen Tarif für diesen Zeitraum erbrachten Leistungen auf die entsprechenden Leistungen im Tarif GesundSmart angerechnet.
A 11 Leistungsausschlüsse	Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die – durch Kriegseignisse verursacht worden sind. Im Ausland gilt dieser Leistungsausschluss nur dann, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. – als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Keine Leistungspflicht besteht außerdem für Krankheiten und Unfälle, die der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeiführen.
A 12 Auskunftsrechte	Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen Bei Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR übersteigen werden, kann der Versicherungsnehmer vor Beginn der Behandlung in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Die Generali muss die Auskunft innerhalb von vier Wochen erteilen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, muss die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Anfrage bei der Generali. Die Generali muss ihre Auskunft begründen und dabei auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen eingehen. Erteilt die Generali die Auskunft nicht fristgerecht, wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen

Die Generali ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die sie bei der Prüfung ihrer Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung der Generali eingeholt, hat die Generali die entstandenen Kosten zu erstatten.

B Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch die unter B 1 bis B 14 aufgeführten Aufwendungen.

Die Erstattung von Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie spezialisierte Palliativversorgung und Hospizleistungen ist gesondert in Abschnitt E geregelt.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		
B 1	Ärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für ärztliche Leistungen.
B 2	Ambulante Vorsorgeuntersuchungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen. Dort vorgesehene Altersgrenzen und Intervalle sowie Diagnosebeschränkungen finden keine Anwendung. Darüber hinaus sind Aufwendungen für die Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig, die in dem Verzeichnis für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Anlage 1) aufgeführt sind.
B 3	Schutzimpfungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden. Nicht erstattungsfähig sind Schutzimpfungen aus Anlass von Auslandsreisen.
B 4	Heilpraktikerleistungen	Erstattungsfähig sind zu 80 % Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers einschließlich verordneter Arzneimittel, Heilmittel gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2) und Hilfsmittel. Die Aufwendungen sind insgesamt bis zu 500,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen durch Heilpraktiker.
B 5	Hebammenleistungen	Erstattungsfähig sind zu 80 % Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (inkl. Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik).
B 6	Ambulante Psychotherapie	Erstattungsfähig sind zu 80 % Aufwendungen für ambulante Psychotherapie bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr einschließlich probatorischer Sitzungen.
B 7	Kinderwunschbehandlung	Aufwendungen für assistierte Reproduktion (künstliche Befruchtung inkl. Hormontherapie und Insemination) einschließlich Arzneimittel sind nach vorheriger schriftlicher Zusage zu 80 % erstattungsfähig. Die Generali wird die schriftliche Zusage erteilen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind: – Es liegt eine organisch bedingte Sterilität der bei der Generali versicherten Person vor und – zum Zeitpunkt der Behandlung hat die Frau das 43. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet und – es besteht eine hinreichende Aussicht auf Erfolg der assistierten Reproduktion. Diese liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Schwangerschaft bei mindestens 15 % liegt. Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht bei der Generali versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung), sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind. Die Aufwendungen sind insgesamt bis zu 10.000,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren erstattungsfähig.
B 8	Arznei- und Verbandmittel	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie enterale und parenterale Ernährung. Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Empfängnisverhütung, zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Verbesserung des Haarwuchses sowie Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel.
B 9	Heilmittel	Erstattungsfähig sind zu 80 % Aufwendungen für Heilmittel gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2).

B 10 Hilfsmittel

B 10.1 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) einschließlich Reparaturen, insgesamt bis zu 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel.

B 10.2 Weitere Hilfsmittel (außer Sehhilfen)

I Erstattungsfähige Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel (z. B. Blutzuckermessgeräte einschließlich der notwendigen Sensoren oder Teststreifen), die Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten.

Erstattungsfähig sind zu 100 % auch Aufwendungen für die Reparatur und Wartung der Hilfsmittel sowie die Unterweisung im Gebrauch.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen sind.
- Produkte, die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.
- den Unterhalt und die Betriebskosten von Hilfsmitteln (z. B. Stromkosten und Batterien).
- Fieberthermometer, Pulsmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen und Zahnbürsten.

Besteht auch ein Anspruch auf Leistungen gegen einen anderen Kostenträger (z. B. Pflegepflichtversicherung), ist die Generali nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.

II Hilfsmittelmanagement

Die Generali unterhält für die Beschaffung von Hilfsmitteln ein umfangreiches Hilfsmittelmanagement. In der Regel können Hilfsmittel dadurch schneller und kostengünstiger zur Verfügung gestellt werden.

Wird ein Hilfsmittel ohne Absprache mit dem Hilfsmittelmanagement der Generali selbst beschafft und entstehen dadurch Mehrkosten, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag begrenzt, zu dem die Generali das Hilfsmittel hätte kostengünstiger beschaffen können. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jedoch höchstens um die Hälfte gekürzt.

Diese Kürzung erfolgt nicht, wenn das Hilfsmittel

- im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen wird.
 - weniger als 500,00 EUR kostet. Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist die Generali nach entsprechender Mitteilung an den Versicherungsnehmer berechtigt, für die Zukunft die Kürzung auch für dieses Hilfsmittel vorzunehmen.
-

B 11 Transport und Unterbringung bei ambulanten Operationen

Erstattungsfähig sind zu 80 % Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie die Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation.

Die Aufwendungen sind insgesamt bis zu 150,00 EUR je Operation erstattungsfähig.

B 12 Transport bei ambulanter Behandlung

Erstattungsfähig sind zu 80 % Aufwendungen für Krankentransporte im Zusammenhang mit einer ambulanten Notfallbehandlung.

Im Zusammenhang mit Chemotherapien, Tiefenbestrahlungen und Dialysebehandlungen sind zu 80 % auch Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten erstattungsfähig, sofern die Generali mit deren Organisation beauftragt wird. Erfolgt die Durchführung ohne vorherige Absprache mit der Generali und entstehen dadurch Mehrkosten, sind die Aufwendungen bis zu dem Betrag erstattungsfähig, zu dem die Generali den Krankentransport bzw. die Fahrt hätte kostengünstiger organisieren können. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jedoch höchstens um die Hälfte gekürzt.

B 13 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege.

Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen,

- die dazu beitragen sollen, die ärztlichen Behandlungsziele zu erreichen,
 - die in die ärztliche Behandlung eingebunden sind, ohne vom Arzt vorgenommen werden zu müssen, und
 - die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind und vom Arzt verantwortet werden.
-

Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung, sind zusätzlich die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig

B 14 Soziotherapie

Erstattungsfähig sind zu 80 % Aufwendungen für ambulante Soziotherapie (Betreuung von versicherten Personen mit schweren psychischen Störungen).

Leistungsvoraussetzung ist, dass ein Behandlungsplan durch einen Arzt für Psychotherapie, einen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorliegt und

- der Versicherte wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen oder
- durch die Soziotherapie eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Aufwendungen für ambulante Soziotherapie sind bis zu 120 Stunden innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren erstattungsfähig.

C Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch die unter C 1 bis C 7 aufgeführten Aufwendungen.

Die Erstattung von Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Hospizleistungen ist gesondert in Abschnitt E geregelt.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		
C 1	Allgemeine Krankenhausleistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen.
C 2	Belegärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Leistungen eines Belegarztes. Nicht erstattungsfähig sind wahlärztliche Leistungen (z. B. Chefarztbehandlung).
C 3	Stationäre Psychotherapie	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.
C 4	Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers einschließlich Geburtshäuser	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers. Erstattungsfähig sind außerdem zu 100 % Aufwendungen für die Entbindung in einem Geburtshaus / einer Hebammengeleiteten Einrichtung (HgE).
C 5	Unterbringung im Mehrbettzimmer	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie Aufwendungen für weitere Zusatzleistungen (z. B. Telefon, Fernsehen und Internet).
C 6	Begleitperson im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind für nach Tarif GesundSmart versicherte Kinder oder Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zu 100 % Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.
C 7	Transporte bei stationärer Behandlung	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus jeweils bis zu einer Entfernung von 100 km. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig. In medizinischen Notfällen sind außerdem zu 100 % Aufwendungen für den Einsatz eines Rettungs- oder Notarztwagens erstattungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn sich während der Notfallbehandlung herausstellt, dass eine stationäre Aufnahme nicht erforderlich ist. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Fahrten mit anderen Verkehrsmitteln (z. B. PKW, Taxi oder öffentliche Verkehrsmittel).

D Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind bei zahnärztlicher Behandlung einschließlich prophylaktischer Leistungen die unter D 1 bis D 3 aufgeführten Aufwendungen.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		
D 1	Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, parodontologische Leistungen) einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen (gnathologische Leistungen) und – prophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelung). Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung sind je Kalenderjahr einmal erstattungsfähig.
D 2	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen*	Erstattungsfähig sind zu 70 % Aufwendungen für zahnärztliches Honorar sowie für zahntechnische Leistungen für – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen. – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays). – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) im Zusammenhang mit Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen.
D 3	Kieferorthopädie*	Erstattungsfähig sind zu 70 % Aufwendungen für Zahn- und Kieferregulierung einschließlich des zahnärztlichen Honorars, der zahntechnischen Leistungen sowie in diesem Zusammenhang notwendige funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen). Leistungsvoraussetzung ist, dass – die kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 20. Lebensjahres begonnen hat oder – eine schwere Kieferanomalie eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordert oder – die kieferorthopädische Behandlung aufgrund eines Unfalls erforderlich wird.

* Begrenzung der Versicherungsleistungen nach D 2 und D 3 (Zahnstaffel)

Der Erstattungsbetrag wird für alle unter D 2 und D 3 aufgeführten Aufwendungen begrenzt, und zwar:

- im ersten Kalenderjahr nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundSmart auf insgesamt 1.000,00 EUR,
- in den ersten zwei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundSmart auf insgesamt 2.000,00 EUR,
- in den ersten drei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundSmart auf insgesamt 3.000,00 EUR,
- in den ersten vier Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundSmart auf insgesamt 4.000,00 EUR,
- in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundSmart auf insgesamt 5.000,00 EUR,
- ab dem sechsten Kalenderjahr nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundSmart auf 5.000,00 EUR je Kalenderjahr.

Die vorgenannte Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung.

Anrechnung einer Vorversicherung auf die Zahnstaffel

Wechselt der Versicherte aus einem Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif GesundSmart, werden die in der Vorversicherung zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen auf die Zahnstaffel im Tarif GesundSmart angerechnet. Eine Versicherung nach einem Auslandsreisetarif wird nicht angerechnet.

Einreichung von Heil- und Kostenplänen

Bei teuren Behandlungen empfiehlt die Generali, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Die Generali prüft diesen und gibt über die zu erwartende Erstattung Auskunft.

Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne sind zu 100 % erstattungsfähig.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen

E 1	Ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlungen, soweit kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann (vgl. Abschnitt A 8). Die erstattungsfähigen Aufwendungen ergeben sich für ambulante Anschlussheilbehandlungen aus Abschnitt B und für stationäre Anschlussheilbehandlungen aus Abschnitt C. Bei einer stationären Anschlussheilbehandlung besteht Leistungspflicht nur dann, wenn das Krankenhaus zur Behandlung des Krankheitsbildes geeignet ist und die Maßnahme nicht ambulant durchgeführt werden kann. Die Generali empfiehlt, die Frage der Kostenübernahme vor Beginn der Anschlussheilbehandlung prüfen zu lassen.
E 2	Ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen	Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage Aufwendungen für ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen bei substanzgebundenen Suchterkrankungen. Die Generali wird die schriftliche Zusage erteilen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (vgl. Abschnitt A 8) besteht. Nicht erstattungsfähig sind Entwöhnungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht. Die erstattungsfähigen Aufwendungen ergeben sich für ambulante Entwöhnungsmaßnahmen aus Abschnitt B. Für stationäre Entwöhnungsmaßnahmen sind lediglich Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (vgl. Abschnitt C 1) bis zu einer Dauer von drei Monaten erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind bis zu drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von zehn aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
E 3	Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, soweit kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann (vgl. Abschnitt A 8). Leistungsvoraussetzung ist, dass – es sich nicht um eine kurmäßige Rehabilitationsmaßnahme handelt und – die Generali die Leistung vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme schriftlich zugesagt hat. Die erstattungsfähigen Aufwendungen ergeben sich bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen aus Abschnitt B. Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen ergeben sich die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Abschnitt C; darüber hinaus sind die Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung erstattungsfähig. Aufwendungen für ambulante und stationäre Kuren sind nicht erstattungsfähig.
E 4	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei begrenzter Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.
E 5	Ambulante und stationäre Hospizleistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleibenden Aufwendungen für Leistungen eines ambulanten Hospizdienstes oder für die Unterbringung in einem Hospiz, das eine selbstständige Einrichtung der stationären Hospizversorgung ist.

F Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu 3 Monaten

Ergänzend sind bei Auslandsaufenthalten mit einer Dauer von bis zu 3 Monaten die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen erstattungsfähig. Bei Inanspruchnahme von Leistungen ist der Aufenthaltsbeginn im Ausland nachzuweisen.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen

F 1 Krankenrücktransport aus dem Ausland	Erstattungsfähig sind zu 100 % die Mehrkosten eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn – der Krankenrücktransport ärztlich verordnet und medizinisch notwendig ist, d.h. wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder – aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung oder Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Voraussetzung ist, dass die Generali innerhalb der ersten Woche der stationären Heilbehandlung über den beabsichtigten Krankenrücktransport informiert und mit der Organisation des Krankenrücktransports beauftragt wird. Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, sind auch die Mehrkosten für die Begleitperson erstattungsfähig. Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Mehrkosten für die Begleitperson grundsätzlich erstattungsfähig. Mehrkosten sind die durch den Krankenrücktransport zusätzlich entstehenden Kosten.
F 2 Leistungen im Todesfall	Erstattungsfähig sind im Todesfall zu 100 % die Mehrkosten wahlweise für die Bestattung im Ausland oder die Überführung an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person. Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage einer amtlichen oder ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache. Mehrkosten sind die Kosten, welche die beim Tod des Versicherten am Wohnsitz üblicherweise entstehenden Kosten übersteigen. Die Mehrkosten sind insgesamt bis zu 30.000,00 EUR erstattungsfähig.
F 3 Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder	Erstattungsfähig sind zu 100 % die Mehrkosten für die Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist und keine andere mitreisende erwachsene Person die Betreuung der Kinder übernehmen kann. Mehrkosten sind die durch die Rückreise zusätzlich entstehenden Kosten einschließlich der Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson. Die Mehrkosten sind insgesamt bis zu 5.000,00 EUR je Versicherungsfall erstattungsfähig.

G Selbstbeteiligung

Von den erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Abschnitten B bis F wird eine jährliche Selbstbeteiligung in Abzug gebracht.

Tarif GesundSmart

Tarif	Höhe der Selbstbeteiligung	
	Erwachsene	Kinder / Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres
GesundSmart	1.000,00 EUR	500,00 EUR

Tarif GesundSmartA

Tarif	Höhe der Selbstbeteiligung
GesundSmartA	1.000,00 EUR

Die Selbstbeteiligung gilt je Person und Kalenderjahr.

Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die jährliche Selbstbeteiligung für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um jeweils 1/12.

Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres oder wird eine andere Selbstbeteiligung gewählt, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung bis zum Beendigungs- bzw. Umstellungszeitpunkt nicht.

In jedem Kalenderjahr wird die insgesamt anfallende Eigenbeteiligung, bestehend aus der Summe der oben genannten jährlichen Selbstbeteiligung und den sich aus Abschnitt B (Ambulante Heilbehandlung) ergebenden prozentualen Eigenbeteiligungen (z. B. Heilmittel, B 9) auf den in § 193 Abs. 3 VVG genannten Betrag begrenzt.

H Dynamisierung

Die Generali prüft in regelmäßigen Abständen, ob die im Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2) aufgeführten Leistungen und erstattungsfähigen Höchstbeträge im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Leistungen und Höchstbeträge können angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Entsprechendes gilt für die im Tarif aufgeführten betragsmäßig festgelegten Leistungsbegrenzungen und Pauschalbeträge.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt.

I 1 Inhalt

Im Rahmen des Optionsrechts kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherungsschutz nach Tarif GesundSmart zu einem bestimmten Zeitpunkt (Optionstermin) ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten in einen höherwertigen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung umgestellt wird.

I 2 Voraussetzungen für die Ausübung der Option

Die Option kann ausgeübt werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht bis zum Optionstermin Versicherungsschutz nach Tarif GesundSmart.
- Mit dem Tarif GesundSmart besteht für die versicherte Person erstmals bei der Generali eine Krankheitskostenvollversicherung. Eine vorangegangene Versicherung als Kind oder Jugendlicher sowie eine Versicherung nach einem Ausbildungstarif ist unschädlich.
- Die versicherte Person hat zum Optionstermin das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- In den letzten zwölf Monaten vor dem Optionstermin bestand kein Beitragsrückstand.
- Es besteht Versicherungsfähigkeit im Zieltarif.

I 3 Optionstermine

Die Option kann für jede versicherte Person einmalig zum Ersten des 37. oder 61. Monats nach Beginn ihrer Versicherung im Tarif GesundSmart ausgeübt werden. Das Optionsrecht gilt auch für den zu diesem Zeitpunkt nach Tarif GesundSmart mitversicherten Ehe- oder Lebenspartner sowie nach Tarif GesundSmart mitversicherte Kinder, sofern für die mitversicherte Person die in I 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Höherversicherung im Rahmen des Optionsrechts muss spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionstermins vom Versicherungsnehmer beantragt werden. Die Tarifumstellung erfolgt zum Optionstermin.

I 4 Risikozuschläge / Leistungsausschlüsse

Vereinbarte Risikozuschläge im Tarif GesundSmart werden bei der Tarifumstellung entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse werden übernommen.

J 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif GesundSmartA sind Personen, die

- a) – sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder
 - als ordentliche Studierende an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder
 - eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten und
- b) das 17. Lebensjahr vollendet und das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- c) kein Entgelt aus hauptberuflicher Tätigkeit erzielen und
- d) keinen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes oder auf freie Heilfürsorge haben

sowie der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehe- oder Lebenspartner, der die Voraussetzungen b) bis d) erfüllt.

J 2 Leistungsumfang

Die Leistungen des Tarifs GesundSmartA sind mit denen des Tarifs GesundSmart identisch.

J 3 Selbstbeteiligung

Es gilt die Selbstbeteiligung gemäß Abschnitt G.

J 4 Beitrag

Der Beitrag richtet sich nach dem erreichten Lebensalter der versicherten Person. Alterungsrückstellungen werden nicht gebildet.

Für eine Dauer von 36 Monaten ab Versicherungsbeginn im Tarif GesundSmartA ändert sich der Beitrag nicht wegen des Älterwerdens der versicherten Person. Ab dem 37. Monat und von diesem Zeitpunkt an gerechnet in Abständen von jeweils 36 Monaten ist für die versicherte Person der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter zu zahlen. Beitragsanpassungen nach § 16 AVB/VV 2013 sind nicht ausgeschlossen.

J 5 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Entfällt bei einer versicherten Person eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Fortführung nach Tarif GesundSmartA

Entfällt die Voraussetzung J 1 a), kann die Versicherung nach Tarif GesundSmartA bis zu 12 Monate fortgeführt werden, sofern und solange die Voraussetzungen J 1 b), c) und d) weiterhin vorliegen. Die Fortführung der Versicherung muss binnen eines Monats nach Wegfall der Voraussetzung J 1 a) vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

Umstellung in Tarif GesundSmart

Entfällt eine der Voraussetzungen J 1 a), b) oder c) wird die Versicherung in den Tarif GesundSmart mit der entsprechenden Selbstbeteiligungsstufe umgestellt, sofern die in J 1 d) genannte Voraussetzung weiterhin erfüllt ist. Beantragt der Versicherungsnehmer bei Wegfall der Voraussetzung J 1 a) eine Fortführung des Versicherungsschutzes nach Tarif GesundSmartA, erfolgt die Umstellung in den Tarif GesundSmart erst mit Ablauf dieser Fortführung. Der Versicherungsnehmer kann der Umstellung innerhalb von 3 Monaten nach dem Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit widersprechen und die Versicherung nach Tarif GesundSmart kündigen. Die Kündigung wird zum Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit wirksam.

Ende der Versicherung

Entfällt die Voraussetzung J 1 d), endet die Versicherung nach Tarif GesundSmartA. Besteht ein Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes, kann die versicherte Person gemäß § 204 VVG in einen Tarif der Beihilfeergänzungsversicherung wechseln. Wird die versicherte Person versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann der Versicherungsnehmer nach § 25 Abs. 3 AVB/VV 2013 die nahtlose Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen einer Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung verlangen.

J 6 Optionsrecht bei Wegfall der Voraussetzung J 1 a)

Bei Wegfall der Voraussetzung J 1 a) kann der Versicherungsnehmer für sich und den mitversicherten Ehe- oder Lebenspartner verlangen, dass der Versicherungsschutz nach Tarif GesundSmartA zum Ersten des auf den Wegfall der Voraussetzung J 1 a) folgenden Monats ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten in einen höherwertigen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung umgestellt wird. Die Option kann bis zu zwei Monate nach Wegfall der Voraussetzung J 1 a) rückwirkend zu diesem Zeitpunkt ausgeübt werden.

Während einer Fortführung nach Tarif GesundSmartA (vgl. J 5) kann das Optionsrecht zum Ende der Fortführung ausgeübt werden.

1. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für alle Versicherten

- 1.1 Großer Gesundheits-Check
einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschall-Untersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- 1.2 Schilddrüsen-Check
Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung einer Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse einschließlich der TSH-Bestimmung
- 1.3 Brain-Check
Hirnleistungs-Test mit Anwendung standardisierter Fragebögen zur Früherkennung von Hirnleistungsstörungen wie z. B. Demenz
- 1.4 Untersuchung des Herzinfarkt-Risikos
Untersuchung zur individuellen Herz-Kreislauf-Risikoeinschätzung, Belastungs-EKG, Ultraschalluntersuchung der Halsschlagader, Blutuntersuchung, insbesondere der Fettwerte und Homocystein
- 1.5 Glaukomvorsorge
Früherkennungsuntersuchung zur Diagnostik des grünen Stars
- 1.6 Diagnostik einer altersabhängigen Makuladegeneration
Früherkennungsuntersuchung der Netzhautmitte mit Gesichtsfelduntersuchung
- 1.7 Osteoporose-Früherkennung
Knochendichtemessung zur Früherkennung der Skeletterkrankung Osteoporose
- 1.8 Schlaganfall-Check
Untersuchung der hirnversorgenden Arterien mittels Doppler-Sonographie zur Früherkennung eines Schlaganfallrisikos
- 1.9 HIV-Test
Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung

2. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

- 2.1 Neugeborenen-Audio-Check
Untersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit
- 2.2 Schielfvorsorge
Untersuchung zur Früherkennung einer Sehschwäche im Kleinkind- und Vorschulalter
- 2.3 Zusätzliche Intervall-Checks zu den Kinderfrüherkennungs-Untersuchungen
 - U 10 (im Alter von 7-8 Jahren): Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen
 - U11 (im Alter von 9-10 Jahren): Erkennen und Behandlungseinleitung von Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, gesundheitsschädigendem Medienverhalten
 - J2 (im Alter von 16-18 Jahren): Erkennen und Behandlungseinleitung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, Haltungsstörungen, Kropfbildung, Diabetes-Vorsorge, Sozialisations- und Verhaltensstörungen

- 2.4 Fettstoffwechselvorsorge
Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen (im Alter von 10-16 Jahren)

3. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Frauen

- 3.1 Vorsorge zur Krebs-Früherkennung
 - Ultraschalluntersuchung des kleinen Beckens, insbesondere von Gebärmutter und Eierstöcken
 - Ultraschall der Brust
- 3.2 In der Schwangerschaft
 - Zusätzliche Ultraschall-Untersuchungen des Feten
 - Triple-Test als zusätzliche Labordiagnostik
 - Nackentransparenz-Messung

4. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Männer

- Vorsorge zur Krebsfrüherkennung
- Ultraschalluntersuchung von Nieren, Blase und Hoden, Urinanalyse auf Blasenkrebsmarker
 - Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms und transrektaler Ultraschall der Prostata

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)		Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
1. Inhalationen			
Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation	11,20	2.16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschnelle) 8,80
2. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		2.17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) 8,80
2.1 Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert 20 Minuten	16,50	3. Massagen	
2.2 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage	26,80	3.1 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	19,60
2.3 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	42,50	3.2 Bindegewebssmassage	23,50
2.4 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	53,10	3.3 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	32,50
2.5 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer	12,00	3.4 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	48,70
2.6 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	15,00	3.5 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	65,00
2.7 Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mucoviszidose und schwerer Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	80,30	3.6 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Kompressionsbandagierung einer Extremität	20,70
2.8 Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung von Mucoviszidose und schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	23,80	3.7 Unterwasserdruckstrahlmassage mit Druck und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,50
2.9 Bewegungsübungen	12,40	4. Packungen/Hydrotherapie	
2.10 Krankengymnastische Behandlung/ Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,20	4.1 Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
2.11 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,80	4.2 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
2.12 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	32,20	4.3 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Pelloid	36,20
2.13 Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00	4.4 Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
2.14 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10	4.5 Kaltpackung (Teilpackung) incl. Anwendung von Lehm, Quark, o.ä.	11,00
2.15 Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinisches Aufbautraining oder Medizinische Trainingstherapie) je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	50,40	4.6 Kaltpackung (Teilpackung) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Pelloid	20,30
		4.7 Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
		4.8 Trockenpackung, Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	6,10
		4.9 Voll- und Teilguss, Abkatschung, Abreibung, Abwaschung	6,10
		5. Medizinische Bäder	
		5.1 An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe), Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
		5.2 An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), Wechsel-Vollbad, Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
5.3 Naturmoor-Bad, Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	43,30
5.4 Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salicylsäurehaltige Zusätze	8,80
5.5 Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
5.6 Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
5.7 Gashaltiges Bad mit Zusatz (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
5.8 Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
5.9 Weitere Zusätze, je Zusatz	4,10
6. Kälte-/Wärmebehandlung	
6.1 Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	12,90
6.2 Eisteilbad	12,90
6.3 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	7,50
7. Elektrotherapie	
7.1 Ultraschall, auch Phonophorese	13,30
7.2 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hoch- oder niederfrequenten Strömen	8,20
7.3 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	16,90
7.4 Iontophorese	8,20
7.5 Zwei- oder Vierzellenbad	14,90
7.6 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
8. Lichttherapie	
8.1 Behandlung mit Ultraviolettlicht	7,90
8.2 Reizbehandlung mit Ultraviolettlicht	6,60
8.3 Quarzlampendruckbestrahlung	11,90
9. Logopädie	
9.1 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	111,20
9.2 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig	55,60
9.3 Ausführlicher Bericht	14,30

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
9.4 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	49,40
9.5 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	68,00
9.6 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	86,50
9.7 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten	103,40
9.8 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten, je Teilnehmer	29,10
9.9 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten, Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	34,60
9.10 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten, Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	56,10
10. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
10.1 Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
10.2 Ausführlicher Bericht	14,30
10.3 Einzelbehandlung bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	45,20
10.4 Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	60,90
10.5 Einzelbehandlung bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	76,20
10.6 Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	50,10
10.7 Gruppenbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	21,60
10.8 Gruppenbehandlung, bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	39,30
11. Podologie	
11.1 Podologische Behandlung (klein) Richtwert: 30 Minuten	34,20
11.2 Podologische Behandlung (groß) Richtwert: 50 Minuten	49,20
11.3 Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
11.4 Erstversorgung mit einer Federstahl Draht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv- Nagelkorrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60

**Erstattungsfähig sind
Aufwendungen bis zu
(alle Angaben in Euro)**

11.5	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
11.6	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser infolge Verlust oder Bruch der Spange bei vorhandenem Modell, einschließlich Applikation	64,80
11.7	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
11.8	Versorgung mit einer konfektionierten Klebspange, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
11.9	Erstbefundung	48,80
11.10	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Frase	96,40
11.11	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Frase	52,80
11.12	Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Frase	48,30
11.13	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
11.14	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
11.15	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
11.16	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
12. Palliativbehandlung		
12.1	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung	(1) Allgemeines Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Sofern vereinbart, erbringt er auch damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. (2) Versicherungsfall Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch – Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung, – medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen), – der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch, – weitere im Tarif genannte Ereignisse.
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten diese Regelungen nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
§ 4 Wartezeiten	Bei Personen, die aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden, wird auf Wartezeiten verzichtet, wenn die Versicherung zum unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden. Im Übrigen beträgt die Wartezeit drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt sie acht Monate. Die Wartezeit entfällt – bei Unfällen, – für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung einer versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Abweichende Regelungen zu Wartezeiten können getroffen werden.
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 6

Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten

(1) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU), den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sowie der Schweiz.

Während der ersten 12 Monate eines Aufenthalts in einem anderen Land besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der EU, einen anderen Vertragsstaat des EWR oder die Schweiz

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der EU, einen anderen Vertragsstaat des EWR oder die Schweiz bleibt der Versicherer ab dem 13. Monat nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. In diesem Fall findet A 6, letzter Absatz, keine Anwendung.

Alternativ kann der Versicherungsnehmer gegen Zahlung eines Beitragszuschlags die Erstattung nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen (vgl. A 6, letzter Absatz) auch ab dem 13. Monat nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts mitversichern. Dieses Wahlrecht muss während der ersten 12 Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ausgeübt werden. Der Beitragszuschlag ist ab dem 13. Aufenthaltsmonat zu zahlen und entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz

Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz, es sei denn, es wird eine anderweitige Vereinbarung getroffen.

Leistungen des Versicherers

§ 7

Fälligkeit der Leistungen

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Sie müssen enthalten:

- den Namen und das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose),
- das Behandlungsdatum,
- Angaben der einzelnen Leistungen unter Bezugnahme auf die angewandte Gebührenregelung.

Besteht ein anderweitiger Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, können Rechnungen auch in Zweitschrift mit Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die erbrachten Leistungen vorgelegt werden.

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

§ 8

Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Leistungsempfänger

Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht dem Versicherungsnehmer zu.

Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. Der Versicherer ist dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten.

Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt hat.

(2) Belege in Fremdwährung

Die in Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Weist die versicherte Person durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat, gilt dieser Kurs.

(3) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein inländisches Konto; bei Überweisung auf ein ausländisches Konto können anfallende Gebühren mit den Leistungen verrechnet werden. Die Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9 Verpfändung	Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
§ 10 Überschussbeteiligung/ Beitragsrückerstattung	Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen. Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise	(1) Fälligkeit der Beiträge Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig. (2) Lastschriftinzug Ist der Einzug der Beiträge von einem vom Versicherungsnehmer benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch den Versicherer, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungsversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet. (3) Sonstige Zahlungsweise Soweit keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen.
§ 12 Berechnung des Beitrags	(1) Allgemeines Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person sowie ggf. einer nach § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG (siehe Kundeninformation) übertragenen Alterungsrückstellung. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden. (2) Beitragsänderung bei Vollendung des 15. bzw. 21. Lebensjahres Für Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, der bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres der Beitrag für Erwachsene zu zahlen. (3) Auswirkungen des Alters bei Beitragsänderungen Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. (4) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(5) Risikozuschläge/Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag auf den Beitrag verlangen. Der Zuschlag bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(6) Anteiliger Monatsbeitrag

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

§ 13 Nichtzahlung der Beiträge	Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Kundeninformation) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
§ 14 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung	Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.
§ 15 Beitragszuschlag bei Nichterfüllung der Versicherungspflicht	Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG, siehe Kundeninformation) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

Änderungen des Versicherungsvertrags

§ 16

Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs erforderliche Zuschlag (§ 18 Abs. 3) sowie der Zuschlag zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif und zur Umlage von Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen für den Basistarif (§ 18 Abs. 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 17

Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ersetzung unwirksamer Klauseln

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 18

Tarifwechsel

(1) Wechsel in einen anderen Tarif

Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann der Versicherer bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen.

Der Versicherungsnehmer kann Risikozuschlag und Wartezeit abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss wählt. Der Wechselanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) ist ausgeschlossen.

(2) Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 204 Abs. 1 Nr. 1 VVG (siehe Kundeninformation) verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt. Der Anspruch auf Wechsel in den Basistarif besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif sowie zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen für den Basistarif wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

(3) Wechsel in den Standardtarif

Für substitutive Krankheitskostenversicherungen, die bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurden, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Kundeninformation) erfüllen, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln. Neben dem Standardtarif darf keine weitere Krankheitskostenversicherung bestehen. Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend. Zur Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

§ 19

Versicherung von Neugeborenen, Adoption

(1) Garantierter Versicherungsschutz bei fristgerechter Anmeldung

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Erfolgt der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche, kann die Kindernachversicherung gemäß den Bestimmungen des vorangegangenen Satzes auch dann erfolgen, wenn ein Elternteil am Tage der Geburt weniger als drei Monate beim Versicherer versichert ist.

Bei einer fristgerechten Anmeldung kann jeder Versicherungsschutz gewählt werden, der nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils ist. Dabei ist auch eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung möglich. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor der Geburt entstandenen Krankheiten und Anomalien sowie Geburtsschäden.

(2) Späterer Antrag/Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wird der Versicherungsschutz nach Ablauf der Anmeldefrist nach Abs. 1 beantragt oder ist der beantragte Versicherungsschutz für das Neugeborene höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils, ist eine Risikoprüfung erforderlich.

(3) Adoption

Minderjährige adoptierte Kinder können entsprechend Abs. 1 angemeldet werden. Besteht ein erhöhtes Risiko, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Im Übrigen steht die Adoption der Geburt gleich.

(4) Zurechnung der Aufwendungen für das Neugeborene

Die Aufwendungen für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung des gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden.

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)

§ 20 Allgemeines	Versicherungsnehmer und versicherte Person haben die in den §§ 21 bis 23 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person der Kenntnis und dem Verhalten des Versicherungsnehmers gleich.
§ 21 Einzelne Obliegenheiten	(1) Erteilung von Auskünften Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist. (2) Ärztliche Untersuchung Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. (3) Schadenminderung Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. (4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten. (5) Änderung von Name oder Anschrift Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Sonst gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen. (6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis 4 wird der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.
§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte	(1) Abtretung Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Kundeninformation), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an den Versicherer schriftlich abzutreten. (2) Mitwirkung Versicherungsnehmer und versicherte Person haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. (3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 und 2, wird der Versicherer mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.
§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer	Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, gilt § 22 entsprechend.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 24

Vertragsdauer und Versicherungsjahr

(1) Vertragsdauer

Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für Ausbildungskrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(2) Berechnung des Versicherungsjahrs

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.

§ 25

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Allgemeine Kündigungsvoraussetzungen

Soweit eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) besteht, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung nur dann kündigen, wenn die versicherte Person ohne Unterbrechung anderweitig krankenversichert wird. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden. Kenntnisnahme durch die versicherte Person und Nachweis der Folgeversicherung sind Wirksamkeitsvoraussetzungen für alle Kündigungen durch den Versicherungsnehmer.

(2) Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.

Kündigt der Versicherungsnehmer wegen Eintritts der Versicherungspflicht, kann er innerhalb der vorgenannten Kündigungsfristen außerdem die nahtlose Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen einer Krankheitskostenteilversicherung (Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) verlangen. Die Fortführung erfolgt ohne Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung, soweit sich der versicherte Leistungsumfang nicht erhöht.

(4) Vertraglich geregelte Beitragsänderung

Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung

Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Anpassungsklausel oder vermindert er seine Leistung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer eine Anfechtung oder einen Rücktritt nur für einzelne Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist.

(7) Übertragungswert

Für ab dem 1.1.2009 geschlossene Krankheitskostenversicherungen kann der Versicherungsnehmer bei Kündigung der Versicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG, siehe Kundeninformation) bei einem anderen Versicherer verlangen, dass der Übertragungswert der versicherten Person nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Kundeninformation) an den neuen Versicherer übertragen wird.

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

(8) Fortführung als Anwartschaftsversicherung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 26

Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer kann die Versicherung nicht ordentlich kündigen.

§ 27

Beendigung und Fortsetzung der Versicherung

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

(2) Trennung/Scheidung

Ein getrenntlebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrenntlebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Hierzu gilt § 6 Abs. 2 und 3.

(4) Tod

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

Weitere Regelungen

§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
§ 29 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
§ 30 Gerichtsstand	(1) Klagen des Versicherungsnehmers Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers erhoben werden. (2) Klagen des Versicherers Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist – außer bei Widerklagen des Versicherers – das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. (3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes des Versicherers erhoben werden.
§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.
§ 32 Verjährung	(1) Verjährungsfrist Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. (2) Hemmung der Verjährung Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

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

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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

Versicherungsaufsicht

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

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

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

Rechtsweg

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

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
Telefax 02 21/16 36 - 2 00
www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe