

Tarif PrivatproMed für Ärzte und Zahnärzte

	Seite		Seite
Präambel.....	2	H Umfang des Versicherungsschutzes/Selbstbeteiligung	14
A Allgemeine Regelungen	3	I Dynamisierung	14
B Ambulante Heilbehandlung	6	Anlage 1 Verzeichnis für zusätzliche Vorsorgeunter-	
C Stationäre Heilbehandlung	8	suchungen	15
D Zahnärztliche Behandlung	9	Anlage 2 Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel	16
E Weitere Leistungen	10	Anlage 3 Preis-/Leistungsverzeichnis für zahntechnische	
F Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten		Leistungen	19
bis zu 12 Monaten.....	11		
G Zusätzliche Leistungen für Kinder und Jugendliche			
bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres	12		

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013)

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

Präambel

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

Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus

- dem Tarif PrivatproMed:
 - Abschnitt A: allgemeine Regelungen, die für alle Leistungsbereiche gelten
 - Abschnitte B bis G: Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbereichen
 - Abschnitt H: Umfang des Versicherungsschutzes / Selbstbeteiligung
 - Abschnitt I: Dynamisierung
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013),
- dem Antrag bzw. der Anfrage,
- dem Versicherungsschein,
- weiteren schriftlichen Vereinbarungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif PrivatproMed sind Ärzte und Zahnärzte (Versicherungsnehmer). Mitversichert werden können der Ehe- oder Lebenspartner, solange er mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebt, sowie die Kinder des Versicherungsnehmers bzw. Ehe- oder Lebenspartners, solange diese unterhaltsberechtig sind.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag zum Ende des laufenden Versicherungsjahres. Unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte kann der Vertrag nach einem anderen Tarif der Generali fortgesetzt werden.

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, soweit die Abrechnung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt.

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 und bei Hospizversorgung.

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und sonstige Behandelnde, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt; ist zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten und noch nicht beendet, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- 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 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.

A 3 Behandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern (auch Bundeswehrkrankenhäuser) und privaten 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, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt; ist zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten und noch nicht beendet, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- 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 Behandlung in sog. gemischten Anstalten	<p>Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von A 3 erfüllen (sog. gemischte Anstalten), sind die Aufwendungen nur dann erstattungsfähig, wenn die Generali die Erstattung vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Die vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – es sich um medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt, die auch in einem Krankenhaus, das keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführt und keine Rekonvaleszenten aufnimmt, hätte durchgeführt werden können. – es sich um eine Notfallbehandlung handelt. – während des Aufenthalts in der gemischten Anstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert. – es sich um eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt und die in E 1 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind.
A 5 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	<p>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.</p>
A 6 Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnis	<p>Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, der Hebammen-Vergütungsvereinbarung oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker entsprechen.</p> <p>Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit.</p> <p>Bei stationärer Heilbehandlung sind auch Aufwendungen erstattungsfähig, die die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung.</p> <p>Im Übrigen gilt hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Heilmitteln das Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2) und hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von zahntechnischen Leistungen das Preis-/ Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 3).</p> <p>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).</p>
A 7 Übermaßbehandlung/ Missverhältnis	<p>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.</p> <p>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.</p>
A 8 Berücksichtigung von Leistungen anderer Kostenträger	<p>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.</p> <p>Gegebenenfalls bestehende Ansprüche des Versicherungsnehmers auf ein Krankenhaustagegeld bleiben unberührt.</p>
A 9 Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.</p>
A 10 Zeitliche Zuordnung von Leistungen	<p>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.</p>

A 11 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für

- Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, gilt diese Einschränkung der Leistungspflicht nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat;
- Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;
- vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

Die Leistungspflicht ist eingeschränkt für

- ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. E 1)
 - ambulante und stationäre Kuren (vgl. E 2)
 - ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen (vgl. E 3), jedoch nicht für Entgiftungen
-

A 12 Auskunftsrechte**Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen**

Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen

Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner 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. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

B Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch:

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		
B 1	Ärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen.
B 2	Ambulante Vorsorgeuntersuchungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen. Dort vorgesehene Altersgrenzen und Intervalle sowie Diagnosebeschränkungen finden keine Anwendung.</p> <p>Darüber hinaus sind Aufwendungen für die Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig, die in dem Verzeichnis für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Anlage 1) aufgeführt sind.</p>
B 3	Schutzimpfungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen. Ausgenommen sind Schutzimpfungen aus Anlass von Auslandsreisen.
B 4	Heilpraktikerleistungen	<p>Erstattungsfähig sind 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 1.500,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattungsfähig.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.</p>
B 5	Hebammenleistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (inkl. Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik).
B 6	Ambulante Psychotherapie	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr einschließlich probatorischer Sitzungen.
B 7	Kinderwunschbehandlung	<p>Aufwendungen für assistierte Reproduktion (künstliche Befruchtung inkl. Hormontherapie und Insemination) sind nach vorheriger schriftlicher Zusage insgesamt bis zu 15.000,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattungsfähig.</p> <p>Die Generali wird die schriftliche Zusage erteilen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none">– 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. <p>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.</p>
B 8	Arznei- und Verbandmittel	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für enterale und parenterale Ernährung erstattungsfähig, wenn aus medizinischen Gründen eine normale Nahrungsaufnahme über den Mund nicht möglich ist.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind: Präparate zur Empfängnisverhütung, zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Verbesserung des Haarwuchses. Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind ebenfalls nicht erstattungsfähig.</p>
B 9	Heilmittel	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilmittel gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2).

B 10 Hilfsmittel		
B 10.1	Sehhilfen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) bis zu 300,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.
B 10.2	Weitere Hilfsmittel (außer Sehhilfen)	<p>(I) Erstattungsfähige Hilfsmittel</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. – die Reparatur und Wartung der Hilfsmittel. <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>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.</p> <p>(II) Hilfsmittelmanagement</p> <p>Die Generali stellt Hilfsmittel im Rahmen ihres Hilfsmittelmanagements zur Verfügung. Werden Hilfsmittel ohne Absprache mit dem Hilfsmittelmanagement der Generali selbst beschafft, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen um die Hälfte gekürzt. Diese Kürzung erfolgt nicht, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – das Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen wird oder – die Aufwendungen für das Hilfsmittel einen Betrag von 500,00 EUR nicht überschreiten. Bei wiederholtem Bezug ist die Generali berechtigt, für die Zukunft die Einbindung des Hilfsmittelmanagements für dieses Hilfsmittel zu verlangen.
B 11	Transport und Unterbringung bei ambulanten Operationen	<p>Erstattungsfähig sind 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.</p> <p>Die Aufwendungen sind insgesamt bis zu 300,00 EUR je Operation erstattungsfähig.</p>
B 12	Transport bei ambulanter Behandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Krankentransporte im Zusammenhang mit einer ambulanten Notfallbehandlung.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten im Zusammenhang mit Chemotherapien, Tiefenbestrahlungen und Dialysebehandlungen. Die Generali behält sich vor, die Krankentransporte und Fahrten selbst zu organisieren. Werden Krankentransporte oder Fahrten ohne vorherige Absprache mit der Generali durchgeführt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen um die Hälfte gekürzt.</p>
B 13	Häusliche Behandlungspflege	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege.</p> <p>Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen,</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung, sind zusätzlich die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.</p>

C Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V:

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		
C 1	Allgemeine Krankenhausleistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen.
C 2	Belegärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Belegarztes.
C 3	Wahlärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines liquidationsberechtigten Arztes (z. B. Chefarzt).
C 4	Stationäre Psychotherapie	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.
C 5	Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers einschließlich Geburtshäuser	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.</p> <p>Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für die Entbindung in einem Geburtshaus / einer Hebammengeleiteten Einrichtung (HgE).</p>
C 6	Zweibettzimmer	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung bis zur Höhe des Unterkunftszuschlags für das Zweibettzimmer.
C 7	Telefon, Fernsehen, Internet	Erstattungsfähig sind die Grundgebühren für Telefon, Fernsehen und Internet.
C 8	Begleitperson im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind für nach Tarif PrivatproMed versicherte Kinder oder Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.
C 9	Transporte bei stationärer Behandlung	<p>Erstattungsfähig sind 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.</p> <p>Aufwendungen für Notfalltransporte in ein Krankenhaus sind auch dann erstattungsfähig, wenn eine stationäre Aufnahme nicht erfolgt.</p>
C 10	Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus	<p>Erstattungsfähig sind – unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit – Aufwendungen für eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, einmalig je Versicherungsfall.</p> <p>Voraussetzung ist, dass die Verlegung durch ein bodengebundenes Krankentransportmittel erfolgt.</p> <p>Eine intensivmedizinische Betreuung während des Transportes ist im Rahmen der Wunschverlegung nicht erstattungsfähig.</p>
C 11	Bergungskosten	Erstattungsfähig sind Bergungskosten bis zu 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.

D Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind bei zahnärztlicher Behandlung einschließlich prophylaktischer Leistungen:

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		
D 1	Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, parodontologische Leistungen) und prophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Parodontalrisiko-Test).
D 2	Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate), Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen.</p> <p>Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 3) erstattungsfähig.</p>
D 3	Kieferorthopädie	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahn- und Kieferregulierung einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen, sofern die Behandlung vor Vollendung des 20. Lebensjahres begonnen hat. Die Altersbegrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung.</p> <p>Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 3) erstattungsfähig.</p>

Hinweis zu D 2 und D 3: Die Aufwendungen nach diesen Abschnitten sind zu 90 % erstattungsfähig (vgl. Abschnitt H).

Heil- und Kostenplan für Leistungen nach D 2 und D 3

Bei Leistungen nach D 2 und D 3 ist bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 3.000,00 EUR vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Die Generali prüft den Heil- und Kostenplan und teilt schriftlich die zu erwartende Versicherungsleistung mit. Bei fehlender Leistungszusage vor Behandlungsbeginn wird der 3.000,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen um die Hälfte gekürzt.

Begrenzung der Versicherungsleistung nach D 2 und D 3 (Zahnstaffel)

Der Erstattungsbetrag wird für alle unter D 2 und D 3 aufgeführten Aufwendungen in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PrivatproMed begrenzt, und zwar:

- im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000,00 EUR,
- in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000,00 EUR,
- in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,00 EUR,
- in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000,00 EUR,
- in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000,00 EUR.

Die vorgenannte Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung.

Eine unmittelbar vorangegangene Versicherung nach einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung – mit Ausnahme der Auslandsreisetarife – wird auf die Zahnstaffel angerechnet, indem auf den Versicherungsbeginn im bisherigen Tarif abgestellt wird und die nach jenem Tarif erbrachten Versicherungsleistungen – begrenzt auf die obigen Beträge – berücksichtigt werden.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen

E 1	Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme (einschließlich Anschlussheilbehandlung), soweit die Generali vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Hat der Versicherte die Möglichkeit, einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzlichen Rehabilitationsträger) in Anspruch zu nehmen, und nimmt er diese nicht wahr, ist die Generali nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die bei Inanspruchnahme des anderen Kostenträgers notwendig geblieben wären.</p> <p>Die Generali verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB) auf die vorherige schriftliche Zusage, sofern es sich nicht um eine kurmäßige Rehabilitationsmaßnahme handelt.</p> <p>Bei einer stationären AHB besteht Leistungspflicht nur dann, wenn das Krankenhaus zur Behandlung des Krankheitsbildes geeignet ist und die Maßnahme nicht ambulant durchgeführt werden kann.</p> <p>Die Generali empfiehlt dringend, auch bei einer AHB die Frage der Kostenübernahme vor Beginn der AHB zu klären. Nur so kann verhindert werden, dass ein Versicherter die Kosten der AHB unerwartet selbst übernehmen muss.</p>
E 2	Ambulante und stationäre Kuren	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2) im Zusammenhang mit ambulanten oder stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, bei stationären Kuren darüber hinaus Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung.</p> <p>Die Aufwendungen für ambulante und stationäre Kuren sind insgesamt bis zu 1.500,00 EUR innerhalb von fünf aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattungsfähig.</p>
E 3	Ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen	<p>Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage Aufwendungen für Entwöhnungsmaßnahmen bei substanzgebundenen Suchterkrankungen. Nicht erstattungsfähig sind Entwöhnungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht. Die Generali wird die schriftliche Zusage erteilen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger) besteht.</p> <p>Bei einer stationär durchgeführten Entwöhnungsmaßnahme sind lediglich Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen bis zu einer Dauer von drei Monaten erstattungsfähig.</p> <p>Erstattungsfähig sind insgesamt bis zu drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von zehn Kalenderjahren.</p>
E 4	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	<p>Erstattungsfähig sind 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.</p>
E 5	Ambulante und stationäre Hospizleistungen	<p>Erstattungsfähig sind 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.</p>

F Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu 12 Monaten

Ergänzend sind bei Auslandsaufenthalten mit einer Dauer von bis zu 12 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	<p>Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland an den Wohnsitz, wenn</p> <ul style="list-style-type: none">– 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 und die Generali innerhalb der ersten Woche nach Beginn der Behandlung über den beabsichtigten Rücktransport informiert wird. <p>Mehrkosten sind die für den Rücktransport zusätzlich entstehenden Kosten, bei minderjährigen Kindern außerdem die Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.</p>
F 2 Überführung/Bestattung im Todesfall	<p>Erstattungsfähig sind im Todesfall die Mehrkosten bis zu 10.000,00 EUR, die durch die Bestattung am ausländischen Sterbeort oder die Überführung des Verstorbenen an dessen letzten Wohnsitz entstehen.</p> <p>Mehrkosten sind die Kosten, welche die beim Tod des Versicherten am Wohnsitz üblicherweise entstehenden Kosten übersteigen.</p>
F 3 Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder	<p>Erstattungsfähig sind die Mehrkosten bis zu 5.000,00 EUR je Versicherungsfall für die Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder der nach Tarif PrivatproMed versicherten Person aus dem Ausland an den Wohnsitz, wenn</p> <ul style="list-style-type: none">– die nach Tarif PrivatproMed versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist und– keine andere mitreisende erwachsene Person die Betreuung der Kinder übernehmen kann und– für die Kinder bei der Generali Versicherungsschutz nach einer Krankheitskostenversicherung besteht. <p>Mehrkosten sind die durch die Rückführung an den Wohnsitz zusätzlich entstehenden Kosten einschließlich der Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.</p>

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen**G 1 Leistungen bei Eintritt einer schweren Erkrankung, Unfallfolge oder Pflegebedürftigkeit**

Bei Eintritt einer der nachfolgend aufgeführten schweren Erkrankungen oder Unfallfolgen oder bei Einstufung in die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 der Pflegepflichtversicherung sind für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres nachfolgende Aufwendungen erstattungsfähig:

- besondere Therapieformen (z. B. therapeutisches Reiten, Delfintherapie)
- sonstige notwendige Maßnahmen (z. B. behindertengerechter Umbau des Wohnraums, Decken-/Treppenliftersystem)

Die Aufwendungen sind insgesamt – unabhängig von der Anzahl der eintretenden Versicherungsfälle – bis zu 25.000,00 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig.

I. Definition

Als schwere Erkrankungen oder Unfallfolgen gelten ausschließlich:

- a) Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z. B. Bypass-Operationen)
- b) Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- c) Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- d) Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall)
- e) Knochenmarksversagen
- f) Multiple Sklerose
- g) Operation am Gehirn bei Neubildungen
- h) Operation eines Hirn- oder Aortenaneurysmas (krankhafte Erweiterung eines Blutgefäßes)
- i) Organtransplantation, sofern die versicherte Person Empfänger eines Herzens, einer Herzklappe, Lunge, Leber, Dünndarms, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks ist
- j) Amputation oder unfallbedingter Verlust von Hand, Unterarm, Arm, Fuß, Unterschenkel oder Bein
- k) Apallisches Syndrom (Wachkoma)
- l) Erblindung auf beiden Augen
- m) Offene Schädel-Hirn-Verletzung oder schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT III)
- n) Poliomyelitis (Kinderlähmung) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung
- o) Schwere anerkannte Impfschäden mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung
- p) Schwere Entzündung des Gehirns und/oder der Hirnhaut (Enzephalitis bzw. Meningitis) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung
- q) Traumatisch bedingte Querschnittslähmung
- r) Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche

II. Leistungsvoraussetzungen

Leistungsvoraussetzungen sind, dass

- die schwere Erkrankung oder Unfallfolge fachärztlich festgestellt und durch klinische, radiologische oder histologische Befunde bzw. Laborbefunde bestätigt worden ist; bei Pflegebedürftigkeit ist der Generali die vom Medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen oder der gesetzlichen Krankenkassen vorgenommene Einstufung in den Pflegegrad nachzuweisen, und
- die Aufwendungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der schweren Erkrankung, Unfallfolge oder Pflegebedürftigkeit stehen, und
- die entstandenen Kosten nachgewiesen werden.

III. Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Unfälle und deren Folgen sowie für Unfälle oder schwere Erkrankungen, die ursächlich auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch oder auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Person beruhen.

**G 2 Nachhilfeunterricht bei
Schulunfähigkeit**

Erstattungsfähig sind für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn die versicherte Person aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls für die Dauer von voraussichtlich mindestens sechs Wochen nicht am Schulunterricht teilnehmen kann. Der Versicherungsschutz umfasst die im Zeitraum von Beginn der Schulunfähigkeit bis drei Monate nach Wiederherstellung der Schulfähigkeit entstandenen Aufwendungen.

Voraussetzung ist, dass der Unterricht von einer ausgebildeten Lehrperson bzw. einem Nachhilfeinstitut durchgeführt wird. Die Dauer der voraussichtlichen Schulunfähigkeit ist durch ärztliches Attest nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Schulfähigkeit ist der Generali unverzüglich anzuzeigen.

Erstattungsfähig sind bis zu 1.000,00 EUR je Versicherungsfall.

H Umfang des Versicherungsschutzes / Selbstbeteiligung

1. In den Abschnitten B bis G ist geregelt, welche Aufwendungen erstattungsfähig sind. Für einzelne Leistungen gibt es besondere Leistungsvoraussetzungen und Höchstgrenzen.

Für alle Leistungen gelten die Allgemeinen Regelungen in Abschnitt A.

2. Von den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 1 werden

Aufwendungen nach Abschnitt D 2 (Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen) sowie Aufwendungen nach Abschnitt D 3 (Kieferorthopädie)	zu 90 %
alle übrigen Aufwendungen (Abschnitte B, C, D 1, E, F, G)	zu 100 %

erstattet.

3. Von den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 2 wird eine jährliche Selbstbeteiligung in Abzug gebracht, die sich aus der gewählten Tarifstufe ergibt.

Die folgenden Tabellen regeln

- die Höhe der Selbstbeteiligung und
- bei welchen Leistungen die Selbstbeteiligung in Abzug gebracht wird (Anwendungsbereich der Selbstbeteiligung).

Selbstbeteiligung für die Tarifstufen PrivatproMed1 und PrivatproMed2

Tarifstufe	Höhe der Selbstbeteiligung		Anwendungsbereich der Selbstbeteiligung
	für Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)	für Erwachsene (ab Vollendung des 21. Lebensjahres)	
PrivatproMed1	375,00 EUR	750,00 EUR	alle tariflichen Leistungen
PrivatproMed2	1.500,00 EUR	3.000,00 EUR	alle tariflichen Leistungen Ausnahme: keine Selbstbeteiligung bei <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen nach Abschnitt C (Stationäre Heilbehandlung) und – <u>stationären</u> Leistungen nach Abschnitt E (Rehabilitationsmaßnahmen, Kuren, Entwöhnungsmaßnahmen und Hospizleistungen)

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

I Dynamisierung

Die Generali prüft in regelmäßigen Abständen, ob die in den Preis-/ Leistungsverzeichnissen für Heilmittel (vgl. Anlage 2) und zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 3) 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.

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 Schiellvorsorge
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
 - U 11 (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		Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	52,40
Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallver- nebelung, als Einzelinhalation	11,60	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 Erstel- lung eines Behandlungsplans, Richtwert 20 Minuten	16,50	3. Massagen	
2.2 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforder- lichen Massage	27,80	3.1 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	20,30
2.3 Krankengymnastische Behandlung auf neuro- physiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungs- störungen als Einzelbehandlung, Mindestbe- handlungsdauer 30 Minuten	44,20	3.2 Bindegewebsmassage	24,40
2.4 Krankengymnastische Behandlung auf neuro- physiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	55,20	3.3 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	33,80
2.5 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Perso- nen), auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer	12,50	3.4 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	50,60
2.6 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebral- en Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbe- handlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	15,60	3.5 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	67,50
2.7 Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behand- lung von Mucoviszidose und schwerer Bronchi- alerkrankungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	83,50	3.6 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Kompressionsbandagierung einer Extremität	21,50
2.8 Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Grup- pe (2-5 Personen) bei Behandlung von Mucovis- cidose und schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teil- nehmer	23,80	3.7 Unterwasserdruckstrahlmassage mit Druck und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,70
2.9 Bewegungsübungen	12,90	4. Packungen/Hydrotherapie	
2.10 Krankengymnastische Behandlung/ Bewe- gungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbe- handlung, einschließlich der erforderlichen Nach- ruhe	31,80	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	22,70	4.2 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmat- erialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor- Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
2.12 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenk- blockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	33,40	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	19,20	4.4 Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salz- hemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), ein- schließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
2.14 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindest- behandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	115,30	4.5 Kaltpackung (Teilpackung) incl. Anwendung von Lehm, Quark, o.ä.	11,00
2.15 Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließ- lich Medizinisches Aufbautraining oder Medizinische Trainingstherapie) je Sitzung für eine paral- lele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen),		4.6 Kaltpackung (Teilpackung) bei Anwendung ein- mal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Pelloid	20,30
		4.7 Heublumensack, Peloidkompressen	12,10
		4.8 Trockenpackung, Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	6,10
		4.9 Voll- und Teilguss, Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	6,10
		5. Medizinische Bäder	
		5.1 An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe), Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderli- chen Nachruhe	16,20

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
5.2 An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungs- bad), Wechsel-Vollbad, Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
5.3 Naturmoor-Bad, Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	43,30
5.4 Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vege- tabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salicylsäurehaltige Zusätze	8,80
5.5 Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderli- chen Nachruhe	17,60
5.6 Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
5.7 Gashaltiges Bad mit Zusatz (z. B. Kohlensäure- bad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderli- chen Nachruhe	26,10
5.8 Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), ein- schließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
5.9 Weitere Zusätze, je Zusatz	4,10
6. Kälte-/Wärmebehandlung	
6.1 Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kom- presse, 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	13,80
7.2 Behandlung eines oder mehrerer Körperab- schnitte mit hoch- oder niederfrequenten Strö- men	8,20
7.3 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektro- gymnastik, bei spastischen oder schlafnen Lähmungen	17,60
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 Behandlungs- plans, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungs- fall	117,30
9.2 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeuti- sche 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	58,70
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	52,20
9.5 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	71,70
9.6 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	91,30
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, Mindestbehand- lungsdauer 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	58,70
10. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
10.1 Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließ- lich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	44,20
10.2 Ausführlicher Bericht	14,30
10.3 Einzelbehandlung bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	52,80
10.4 Einzelbehandlung bei sensomotorischen/ perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungs- dauer 45 Minuten	70,40
10.5 Einzelbehandlung bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	88,00
10.6 Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Min- destbehandlungsdauer 30 Minuten	52,80
10.7 Gruppenbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	24,70
10.8 Gruppenbehandlung, bei psychischen Störun- gen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	43,10
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 Federstahldraht- Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Pas- siv- Nagelkorrekturspange nach Modell, Applika- tion 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

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu		Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu
1. Arbeitsvorbereitung		4.7	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig (auch Galvano) 96,00 EUR
1.1 Modell (Situationsmod./Gegenbiss inkl. sockeln, trimmen etc.) 11,00 EUR		4.8	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig (auch Galvano) 115,00 EUR
1.2 Modell aus Kunststoff 29,00 EUR		4.9	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig (auch Galvano) 134,00 EUR
1.3 Modell doublieren 24,00 EUR		4.10	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig/ Teilkrone/Onlay (auch Galvano) 145,00 EUR
1.4 Sägemodell inkl. aller vorbereitenden Maßnahmen 52,00 EUR		4.11	Inlay aus Kunststoff einflächig 93,00 EUR
1.4a Digitales Modell (CAD) inkl. aller vorbereitenden Maßnahmen 52,00 EUR		4.12	Inlay aus Kunststoff zweiflächig 126,00 EUR
1.5 Modell aus feuerfester Masse 18,00 EUR		4.13	Inlay aus Kunststoff mehrflächig/ Teilkrone/Onlay 142,00 EUR
1.6 Platzhalter 25,00 EUR		4.14	Keramikinlay einflächig (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) 177,00 EUR
1.7 Kunststoffstumpf 17,00 EUR		4.15	Keramikinlay zweiflächig (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) 183,00 EUR
1.8 Remontage Modell 34,00 EUR		4.16	Keramikinlay dreiflächig (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) 189,00 EUR
1.9 Fixator und Montage 18,00 EUR		4.17	Keramikinlay mehrflächig (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) 208,00 EUR
1.10 Mittelwertartikulator 13,00 EUR		4.18	Veneer/Teilkrone aus Keramik (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) 238,00 EUR
1.11 Mittelwertartikulator individuell 22,00 EUR		4.19	Stiftaufbau 81,00 EUR
1.12 Frontzahnführungsteller individuell 26,00 EUR		4.20	Wurzelstiftkappe mit Aufbau 120,00 EUR
1.13 Montage Gegenkiefermodell 13,00 EUR		4.21	Wurzelstiftkappe ohne Aufbau 54,00 EUR
1.14 Einstellen nach Registrat 19,00 EUR		4.22	Vollgusskrone mit/ohne Stufenpräparation/ Teilkrone 125,00 EUR
1.15 Auswerten Registrat 12,00 EUR		4.23	Krone für Kunststoffverblendung 98,00 EUR
2. Herstellung individueller Hilfsmittel		4.24	Gerüstkrone zur Verblendung (Keramik oder Metallgerüst) 109,00 EUR
2.1 Basis für Konstruktionsbiss/Vorbißnahme 21,00 EUR		4.24a	Krone aus Keramik inkl. Verblendung (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) 247,00 EUR
2.2 Individueller Löffel/Basis für Autopolymerisat/ Funktionslöffel 33,00 EUR		4.25	Brückenglied massiv 82,00 EUR
2.3 Bisswall (Wachsbiss) 10,00 EUR		4.26	Brückenglied für Verblendung 63,00 EUR
2.4 Stützstiftregistrierung 31,00 EUR		4.27	Brückenglied aus Keramik (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Zirkon, Procera etc.) 150,00 EUR
2.5 Vorwall 16,00 EUR		4.28	Verblendung Keramik 138,00 EUR
3. Schienen		4.29	Verblendung Kunststoff 85,00 EUR
3.1 Tiefziehteil je Kiefer 33,00 EUR		4.30	Zahnfleisch Keramik 68,00 EUR
3.2 Aufbißschiene, Knirscherschiene, Bissführungsplatte, Miniplastschiene (ausgenommen kieferorthopädische Behandlungsschienen) 183,00 EUR		4.31	Zahnfleisch Kunststoff 28,00 EUR
3.3 Umarbeiten einer Prothese zum Aufbißbehelf 81,00 EUR		4.32	Kinderkrone 113,00 EUR
3.4 Semipermanente Schiene, je Zahn 25,00 EUR		4.33	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestalten 39,00 EUR
3.5 Medikamententrägerschiene, Wundverbandplatte 91,00 EUR		5. Teleskopkronen (Konuskronen), Riegel, Geschiebe, Stege, Anker etc.	
3.6 Schienungskappe 27,00 EUR		5.1	Teleskopkrone (auch Konuskrone) Primär- und Sekundärteil 330,00 EUR
3.7 Obdurator aus Kunststoff 122,00 EUR		5.2	Individueller Steg Grundeinheit (Primär- und Sekundärteil) 151,00 EUR
3.8 Resektionskloß 74,00 EUR		5.3	Stegfräsung 36,00 EUR
3.9 Flexible Zahnfleischepithese 133,00 EUR		5.4	Steglasche/umlaufende Fräsung 75,00 EUR
4. Festsitzender Zahnersatz (Inlays, Kronen, Brücken, Provisorien, Teilkronen, Verblendungen etc.)			
4.1 angelieferte Modellation gießen 34,00 EUR			
4.2 provisorische Krone/provisorisches Brückenglied 50,00 EUR			
4.3 Formteil 30,00 EUR			
4.4 Gussfüllung indirekt einflächig 112,00 EUR			
4.5 Gussfüllung indirekt zweiflächig 112,00 EUR			
4.6 Gussfüllung indirekt drei- und mehrflächig/ Teilkrone/Onlay 183,00 EUR			

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu
5.5 Geschiebefräsung	39,00 EUR
5.6 Individuelles Steggeschiebe (Primär- und Sekundärteil)	172,00 EUR
5.7 Individuelles Geschiebe/RSS-Geschiebe (Primär- und Sekundärteil)	309,00 EUR
5.8 Riegel (Drehriegel, individueller Schwenkriegel etc.)	200,00 EUR
5.9 Schubverteilungsarm	71,00 EUR
5.10 Umlaufraste für Schubverteilungsarm	70,00 EUR
5.11 Konfektionsgeschiebe/-anker	139,00 EUR
5.12 Friktionsstift/Federbolzen/Schraube etc.	69,00 EUR
5.13 Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Federbolzen/Schraube etc.	55,00 EUR
5.14 Lager für Raste	25,00 EUR
5.15 Schraube etc. einarbeiten	75,00 EUR

6. Implantate

6.1 Röntgenkugel positionieren	7,00 EUR
6.2 Röntgenschablone/Messschablone für Implantat	95,00 EUR
6.3 Abutment individualisieren/bearbeiten	95,00 EUR
6.4 Individuell hergestelltes Abutment	168,00 EUR
6.5 Implantatteile reponieren/repositionieren	24,00 EUR
6.6 Drehsicherungsstopp bei Implantat	27,00 EUR
6.7 Verlängerungshülse/Distanzhülse für Implantat	35,00 EUR
6.8 Verschraubung für Implantat	56,00 EUR
6.9 Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	62,00 EUR
6.10 Parallelbohrschablone inkl. Bohrhülse für Implantat, je Kiefer	58,00 EUR
6.11 Kontrollschablone, je Kiefer	48,00 EUR
6.12 Basis aus Kunststoff auf Implantat	40,00 EUR
6.13 Implantatkrone oder -brückenpfeiler herstellen	131,00 EUR
6.14 Implantatdivergenz-Ausgleichskappe	120,00 EUR

7. Herausnehmbarer Zahnersatz (partielle- und totale Prothesen, gegossene und gebogene Klammern)

7.1 Metallbasis	212,00 EUR
7.2 Einarmige Klammer gegossen (Inlayklammer/fortlaufende Klammer etc.)	22,00 EUR
7.3 Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage etc.	14,00 EUR
7.4 Zweiarmige Klammer gegossen (Approximalklammer, Ringklammer, Rücklaufklammer etc.)	35,00 EUR
7.5 Zweiarmige Klammer mit Auflage (Approximalklammer, Ringklammer, Rücklaufklammer etc.)	41,00 EUR
7.6 Bonwillklammer/Inlayklammer	70,00 EUR
7.7 Rückenschutzplatte	66,00 EUR
7.8 Lösungsknopf für Friktionsprothese	27,00 EUR
7.9 Aufstellung Grundeinheit	65,00 EUR
7.10 Aufstellung Wachsbasis je Zahn	4,00 EUR
7.11 Aufstellung Metallbasis je Zahn	5,00 EUR
7.12 Fertigstellung Grundeinheit	80,00 EUR
7.13 Fertigstellung je Zahn	6,00 EUR
7.14 Einarmige Klammer, gebogen (Inlayklammer, Approximalklammer etc.)	15,00 EUR
7.15 Zweiarmige Klammer, gebogen	26,00 EUR
7.16 Basis aus Weichkunststoff	147,00 EUR
7.17 Sonderkunststoff verarbeiten	109,00 EUR

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu
--	--

8. Reparaturen, Erweiterungen, Wiederherstellen von Zahnersatz

8.1 Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	36,00 EUR
8.2 Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/Sattel befestigen etc.	14,00 EUR
8.3 Retention, gebogen	73,00 EUR
8.4 Retention, gegossen	90,00 EUR
8.5 Basisteil, gegossen	112,00 EUR
8.6 Metallverbindung bei Reparatur und/oder Wiederherstellung	38,00 EUR
8.7 Teilunterfütterung	66,00 EUR
8.8 Vollständige Unterfütterung	90,00 EUR
8.9 Wiederherstellen eines indiv./konfekt. Sekundärteils	133,00 EUR
8.10 Auswechseln von Konfektionsteilen	53,00 EUR
8.11 Kronen- oder Brückenreparatur	59,00 EUR

9. Sonstige

9.1 Metallverbindung nach keramischem Brand (inkl. Lötmodell etc.)	43,00 EUR
9.2 Lötfreie Verbindung Primärteil, je Einheit	10,00 EUR
9.3 Lötfreie Verbindung Sekundärteil, je Einheit	18,00 EUR
9.4 Laserschweißen/Punktschweißen	26,00 EUR
9.5 Versandkosten	6,00 EUR
9.6 NEM (Zuschlag bei Nichtedelmetallverarbeitung)	18,00 EUR

10. Kieferorthopädie (KFO)

10.0 Modell für Kieferorthopädie	50,00 EUR
10.1 Basis für Einzelkiefergerät	96,00 EUR
10.2 Basis für bimaxilläres Gerät	177,00 EUR
10.3 Schiefe Ebene	69,00 EUR
10.4 Vorhofplatte	94,00 EUR
10.5 Kinnkappe	83,00 EUR
10.6 Aufbiss	19,00 EUR
10.7 Weichkunststoff KFO	77,00 EUR
10.8 Schraube einarbeiten	29,00 EUR
10.9 Spezialschraube einarbeiten	38,00 EUR
10.10 Trennen einer Basis	16,00 EUR
10.11 Labialbogen intramaxillär mit 2 Schlaufen	32,00 EUR
10.12 Labialbogen intramaxillär mit mehr als 2 Schlaufen	44,00 EUR
10.13 Labialbogen intermaxillär	54,00 EUR
10.14 Feder, offen	14,00 EUR
10.15 Feder, geschlossen	19,00 EUR
10.16 Häkchen, Sporne, Dorne, Auflagen etc.	19,00 EUR
10.17 Lingualbogen	43,00 EUR
10.18 Palatinalbogen	50,00 EUR
10.19 Positioner inkl. Set-Up	600,00 EUR
10.20 Verbindungselement intramaxillär	37,00 EUR
10.21 Verbindungselement intermaxillär	41,00 EUR
10.22 Verankerungselement	35,00 EUR
10.23 Einzelelement einarbeiten	27,00 EUR
10.24 Metallverbindung KFO	25,00 EUR
10.25 Einarmiges Halte- o. Abstützelement, je Zahn	16,00 EUR

**Erstattungsfähig sind
Aufwendungen bis zu**

10.26 Mehrarmiges Halte- o. Abstützelement, je Zahn	26,00 EUR
10.27 Dehn- und/oder Regulierungselement	13,00 EUR
10.28 Remontieren KFO-Gerät	75,00 EUR
10.29 Aligner-Behandlung inkl. aller Behandlungs- schienen (Invisalign etc.)	2.000,00 EUR

Hinweise:

Die genannten Beträge begrenzen die erstattungsfähigen Aufwendungen vor Berücksichtigung der Mehrwertsteuer. Die jeweils gültige Mehrwertsteuer ist zusätzlich erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig.

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung	<p>(1) Allgemeines</p> <p>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.</p> <p>(2) Versicherungsfall</p> <p>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.</p> <p>Als Versicherungsfall gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none">– 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	<p>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.</p>
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	<p>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.</p>
§ 4 Wartezeiten	<p>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.</p> <p>Im Übrigen beträgt die Wartezeit drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt sie acht Monate.</p> <p>Die Wartezeit entfällt</p> <ul style="list-style-type: none">– 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. <p>Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p> <p>Abweichende Regelungen zu Wartezeiten können getroffen werden.</p>
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>

§ 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	<p>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.</p> <p>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.</p>
Beiträge	
§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise	<p>(1) Fälligkeit der Beiträge Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig.</p> <p>(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.</p> <p>(3) Sonstige Zahlungsweise Soweit keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen.</p>
§ 12 Berechnung des Beitrags	<p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(4) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.</p>

(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 Versicherten 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	<p>(1) Erteilung von Auskünften</p> <p>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.</p> <p>(2) Ärztliche Untersuchung</p> <p>Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.</p> <p>(3) Schadenminderung</p> <p>Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.</p> <p>(4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz</p> <p>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.</p> <p>(5) Änderung von Name oder Anschrift</p> <p>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.</p> <p>(6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen</p> <p>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.</p>
§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte	<p>(1) Abtretung</p> <p>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.</p> <p>(2) Mitwirkung</p> <p>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.</p> <p>(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen</p> <p>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.</p>
§ 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	<p>(1) Klagen des Versicherungsnehmers</p> <p>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.</p> <p>(2) Klagen des Versicherers</p> <p>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.</p> <p>(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz</p> <p>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.</p>
§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.
§ 32 Verjährung	<p>(1) Verjährungsfrist</p> <p>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.</p> <p>(2) Hemmung der Verjährung</p> <p>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.</p>

Ombudsman 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 Ombudsman Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

Der Ombudsman 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 Ombudsman Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsman 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
www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe