

Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV Vorsorge der Allianz (kurz: FAVA01) - Gruppenversicherung

---

**Inhalt:**

<b>1</b>	<b>Versicherte Leistungen .....</b>	<b>2</b>
1.1	Leistungserbringer und Honorargrenzen ..	2
1.2	Vorsorge-Untersuchungen .....	2
1.3	Sport- und Gesundheitskurse.....	2
1.4	Leistungen im Ausland .....	2
1.5	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung .....	3
1.6	Umfang des Versicherungsschutzes .....	3
<b>2</b>	<b>Allgemeines zu unseren Zahlungen .....</b>	<b>3</b>
2.1	Kostenbegriff.....	3
2.2	Zeitpunkt der Kosten .....	3
2.3	Recht auf die Leistungen.....	3
2.4	Nachweise, damit wir zahlen können .....	3
<b>3</b>	<b>Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können .....</b>	<b>3</b>
3.1	Versicherungsfähigkeit .....	3
3.2	Versicherbarer Personenkreis .....	3
<b>4</b>	<b>Beitrag und Beitragsänderungen .....</b>	<b>3</b>
4.1	Beitragszahlung .....	3
4.2	Beitragsänderungen .....	4
<b>5</b>	<b>Weitere Vertragsänderungen.....</b>	<b>4</b>
5.1	Ruhen der Versicherung .....	4
5.2	Versicherung von Kindern .....	4
5.3	Änderung der Vertragsbedingungen.....	4
<b>6</b>	<b>Vertragsende und Fortsetzung.....</b>	<b>5</b>
6.1	Kündigung.....	5
6.2	Sonstiges Vertragsende .....	5
6.3	Fortsetzung .....	5
<b>7</b>	<b>Sonstige Regelungen .....</b>	<b>5</b>
7.1	Ausländisches Geld .....	5
7.2	Kosten, die wir abziehen können.....	5
7.3	Verrechnung von Zahlungen .....	5
7.4	Erklärung „Versicherungsjahr“ .....	5
7.5	Deutsches Recht.....	5
7.6	Beschwerdemöglichkeiten.....	5
<b>8</b>	<b>Leistungsverzeichnis .....</b>	<b>6</b>

## 1 Versicherte Leistungen

### 1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
<b>Leistungserbringer</b>	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einer Krankenhaus-Ambulanz oder einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein.	Wir zahlen keine Untersuchungen und Präventions-Maßnahmen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers.
<b>Honorargrenzen</b>	Die Vergütung für ärztliche Leistungen muss nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten bis zum Höchstsatz dieser Gebührenordnung.	

### 1.2 Vorsorge-Untersuchungen

Für Versicherte mit einem Wahltarif nach § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch gilt: Haben Sie im Wahltarif einen Selbstbehalt vereinbart, gehört Ihr Eigenanteil aus dem Wahltarif zur Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<b>Ärztliche Leistungen</b> - 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen nach unserem Verzeichnis in Ziffer 8. Dazu gehören insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• erweiterte Krebsvorsorge.</li> <li>• Herz- und Gefäßvorsorge.</li> <li>• Sportler-Vorsorge.</li> <li>• Glaukom-Screening.</li> </ul>	

### 1.3 Sport- und Gesundheitskurse

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<b>Sport- und Gesundheitskurse</b> - 80 Euro im Versicherungsjahr.	Für Sport- und Gesundheitskurse erstatten wir 80 Euro im Versicherungsjahr (siehe Ziffer 7.4).  Wir erstatten die Kosten für Sport- und Gesundheitskurse, die nach § 20 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch zertifiziert sind. Das sind etwa Kurse zur Sucht-Prävention, Stress-Bewältigung und Bewegungsprogramme. Zusätzlich erstatten wir die Kosten für Sport- und Gesundheitskurse, die von der Allianz organisiert werden.	

### 1.4 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<b>Vorsorge oder andere Präventions-Maßnahme im Ausland</b>	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten.  Das gilt auch für Vorsorge-Untersuchungen im Ausland, die im Verzeichnis in Ziffer 8 enthalten sind. Es gelten auch dann die Zeitgrenzen, die wir in diesem Verzeichnis festgelegt haben.	
<b>Versicherte Länder</b>		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten.	

## 1.5 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
<b>Vorsorge-Untersuchung und andere Präventions-Maßnahmen</b>	<p>Damit wir leisten, muss Sie ein Arzt vorsorglich untersuchen (Vorsorge-Untersuchung).</p> <p>Wir leisten auch für Maßnahmen, mit denen eines dieser Ziele verfolgt wird (Präventions-Maßnahmen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie sollen Krankheitsrisiken verhindern oder verringern.</li> <li>• Sie sollen ein gesundheitsorientiertes Handeln fördern.</li> </ul>	

## 1.6 Umfang des Versicherungsschutzes

### 1.6.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

### 1.6.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

### 1.6.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Untersuchungen und Präventions-Maßnahmen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Untersuchungen und Präventions-Maßnahmen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

## 2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

### 2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

### 2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie die jeweilige Leistung in Anspruch genommen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

### 2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

## 2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können. Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:

- Name der behandelten Person.
- die durchgeführte Untersuchungsmethode oder Präventions-Maßnahme.
- Art der Leistungen.
- Behandlungsdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

## 3 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

### 3.1 Versicherungsfähigkeit

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie Anspruch aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie diese Voraussetzung nicht mehr erfüllen.

### 3.2 Versicherbarer Personenkreis

Sie müssen außerdem zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

## 4 Beitrag und Beitragsänderungen

### 4.1 Beitragszahlung

#### 4.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein.

Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

#### 4.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

#### 4.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

#### 4.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

## 4.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

## 5 Weitere Vertragsänderungen

### 5.1 Ruhen der Versicherung

#### 5.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

#### 5.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhenszeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.

- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

## 5.2 Versicherung von Kindern

### 5.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

### 5.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

### 5.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungsstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

## 5.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

### 5.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

### 5.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchstrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

## 6 Vertragsende und Fortsetzung

### 6.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

#### 6.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

#### 6.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

Der Versicherungsnehmer kann frühestens zum Ende des zweiten Versicherungsjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach kann er zu jedem Jahresende kündigen. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 7.4 geregelt.

#### 6.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminde- rung) wirksam wird.

#### 6.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

## 6.2 Sonstiges Vertragsende

#### 6.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

#### 6.2.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

#### 6.2.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

#### 6.2.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

## 6.3 Fortsetzung

### 6.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

### 6.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden, oder
- 70 Jahre geworden sind oder
- eine Altersrente beziehen,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

## 7 Sonstige Regelungen

### 7.1 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

### 7.2 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

### 7.3 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

### 7.4 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

### 7.5 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

### 7.6 Beschwerdemöglichkeiten

7.6.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler  
Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter [www.allianz.de/service/beschwerde/](http://www.allianz.de/service/beschwerde/). Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

#### 7.6.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Be-

schwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

7.6.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht  
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

7.6.4 Rechtsweg  
Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

## 8 Leistungsverzeichnis

<b>Erweiterte Krebsvorsorge.</b>		
<b>Ärztliche Leistung.</b>	<b>Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).</b>	<b>Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.</b>
<b>Krebsvorsorge für die Frau.</b>		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung	297	1
Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	403	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	3
Ultraschall-Untersuchung der Brustdrüsen - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten	418 420	1 1
Dünnschicht-Zytologie zur Gebärmutterhals-Krebsvorsorge ("Thin Prep")	A4851	1
<b>Krebsvorsorge für den Mann.</b>		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	403	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	3
Prostata-spezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	3908.H3	1
<b>Darmkrebsvorsorge.</b>		
Test-Set zur Darmkrebs-Früherkennung, wenn von einem von der Allianz vorgegebenen Dienstleister bezogen		1

<b>Hautkrebs-Screening.</b>		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme (gegebenenfalls einschließlich Dokumentation): <ul style="list-style-type: none"> <li>das gesamte Hautorgan</li> <li>die Stütz- und Bewegungsorgane</li> <li>alle Brustorgane</li> <li>der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege)</li> </ul>	7	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dermatoskopie oder Videosystem-gestützte Untersuchung und Bild-Dokumentation von Muttermalen oder</li> <li>Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie)</li> </ul>	A612 oder 750	1

<b>Herz- und Gefäßvorsorge.</b>		
<b>Ärztliche Leistung.</b>	<b>Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).</b>	<b>Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.</b>
<b>Internistischer Check-Up.</b>		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung	29	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall der Schilddrüse	417	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	3
Blutbild und Blutbildbestandteile	3550	1
Calzium	3555	1

Kalium	3557	1
Natrium	3558	1
Glykierte Hämoglobine (HbA 1, HbA 1c)	3561	1
Cholesterin	3562.H1	1
HDL-Cholesterin	3563.H1	1
LDL-Cholesterin	3564.H1	1
Triglyzeride	3565.H1	1
Harnsäure	3583.H1	1
Kreatinin	3585.H1	1
Gamma-Glutamyl-transpeptidase (Gamma-Glutamyl-transferase, Gamma-GT)	3592.H1	1
Glutamatoxalazetat-transaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	3594.H1	1
Glutamatpyruvat-transaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	3595.H1	1
Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)	4030	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve oder</li> <li>1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH)2D3, Calcitriol), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve</li> </ul>	4138 oder 4139	1
<b>Herz-Check.</b>		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 415 oder 424 bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler	405	1
Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 bei zusätzlicher Farbkodierung	406	1
Zweidimensionale Dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 423 (Duplex-Verfahren)	424	1
Untersuchung (EKG) in Ruhe - auch gegebenenfalls nach Belastung - mit mindestens 9 Extremitäten- und Brustwandableitungen	651	1
Elektrokardiographische Untersuchung (EKG) unter fortschreibender Registrierung (mindestens 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) – gegebenenfalls auch Belastungsänderung	652	1
<b>Gefäß-Check.</b>		
Beratung – auch am Telefon	1	1

Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens - gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung oder</li> <li>• Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnvorsorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung</li> </ul>	401 oder 645	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	3

<b>Sportler-Vorsorge.</b>		
<b>Ärztliche Leistung.</b>	<b>Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).</b>	<b>Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.</b>
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme (gegebenenfalls einschließlich Dokumentation): <ul style="list-style-type: none"> <li>• das gesamte Hautorgan</li> <li>• die Stütz- und Bewegungsorgane</li> <li>• alle Bauchorgane</li> <li>• der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege)</li> </ul>	7	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Darstellung der Flußvolumenkurve bei spiographischen Untersuchungen einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation	605a	1
Spiroergometrische Untersuchung einschließlich vorausgegangener Ruhespirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie	606	1
Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierli-	617	1

cher Bestimmung mehrerer Gase		
Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	4107	1
<b>Glaukom-Screening.</b>		
<b>Ärztliche Leistung.</b>	<b>Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).</b>	<b>Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.</b>
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme (-gegebenenfalls einschließlich Dokumentation): <ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Augenabschnitte</li> <li>• der gesamte HNO-Bereich</li> <li>• das stomatognathe System</li> <li>• die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder</li> <li>• Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus</li> </ul>	6	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kampimetrie (z. B. Bjerrum) auch Perimetrie nach Förster oder</li> <li>• Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte oder</li> <li>• Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie</li> </ul>	1225 oder 1226 oder 1227	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hrubby-Linse) oder</li> <li>• Binokulare Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) – gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung</li> </ul>	1240 oder 1242	1
Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanations-tonometers	1256	1