Versicherungsbedingungen für Tarif MeinGesundheitsschutz Best 70

Inhalt

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person

2. Versicherte Leistungen

2.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen
2.2 Ambulante Behandlungen
2.3 Behandlungen im Krankenhaus
2.4 Notarzt-Fahrten, Transporte und Fahrten
2.5 Präventions-Leistungen
2.6 Schwangerschaft und Entbindung
2.7 Pauschal-Zahlung bei Kinderbetreuung
2.8 Haushaltshilfe
2.9 Organ-Transplantationen
2.10 Leistungen im Ausland
2.11 Entwöhnung
2.12 Selbstbeteiligung
2.13 Leistungsausschlüsse und -reduzierung
2.14 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung
2.15 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
2.16 Umfang des Versicherungsschutzes

3. Allgemeines zu unseren Zahlungen

3.1 Kostenbegriff
3.2 Zeitpunkt der Kosten
3.3 Recht auf die Leistungen
3.4 Nachweise, damit wir zahlen können
3.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

4. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

5. Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung
5.2 Beitragsänderungen
5.3 Recht auf Beitragsbefreiung
5.4 Garantierte Beitragsrückerstattung

6. Weitere Vertragsänderungen

6.1 Tarifwechsel
6.2 Versicherung von Kindern

7. Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung
7.2 Anspruch auf Übertragungswert
7.3 Wegzug
7.4 Tod
7.5 Fortsetzung

8. Sonstige Regelungen

8.1 Auskunft und Offenlegung
8.2 Ausländisches Geld
8.3 Kosten, die wir abziehen können
8.4 Verrechnung von Zahlungen
8.5 Deutsches Recht
8.6 Beschwerdemöglichkeiten

9. Verzeichnis zu Vorsorge-Untersuchungen

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person

Sie sind unser Vertragspartner. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie als Versicherungsnehmer. Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz fällt, ist die versicherte Person. Das können Sie selbst oder andere Personen sein, für die Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Im Versicherungsschein ist angegeben, wer versicherte Person ist.

2. Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Kosten für medizinische Leistungen und Gegenstände. Nach diesem Tarif besteht jedoch kein Anspruch auf zahnärztliche Leistungen (bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.13). Unsere Auszahlung reduziert sich um Ihre Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.12.

2.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten und Heilpraktikern, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt und niedergelassen sind. Im Rahmen des ärztlichen Notdienstes (Bereitschaftsdienstes) oder einer notärztlichen Versorgung können Sie auch nicht niedergelassene Ärzte in Anspruch nehmen. Ebenfalls versichert sind: • Institute, die auf ärztliche Veranlassung Heilmittel, Laborleistungen oder bildgebende Verfahren (etwa Röntgen) durchführen. • Krankenhaus-Ambulanzen. • medizinische Versorgungszentren. Sie haben die freie Wahl unter allen Krankenhäusern (bitte vergleichen Sie unter Ziffer 2.3). Zusätzlich können Sie unter allen Leistungserbringern wählen, die in den Ziffern 2.2 bis 2.11 für die jeweilige Leistung genannt sind.	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Sachkosten und Auslagen des Leistungserbringers. Wir zahlen auch nicht für einzelne Leistungserbringer, die wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss von der Kostenerstattung. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie bereits behandelt werden, erstatten wir noch die Kosten für Behandlungen in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.
Honorar- und Preisgrenzen	Die Vergütung für einen Arzt, nichtärztlichen Psychotherapeuten, Entbindungspfleger oder eine Hebamme erstatten wir auch über den Höchstsatz der gesetzlichen Gebührenordnung hinaus. Kosten für einen Heilpraktiker erstatten wir bis zu den Höchstbeträgen aus dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker. Sonstige Kosten in Deutschland übernehmen wir, soweit sie nicht höher sind als bundesweit üblich. Kosten im Ausland sind versichert, soweit sie dort ortsüblich sind.	Wir erstatten keine unangemessen hohe Vergütung. Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien gerechtfertigt sind.

2.2 Ambulante Behandlungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ärztliche Leistungen - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen, wie etwa: • Behandlungen, Beratungen und Untersuchungen. • Operationen (auch zur Sehschärfen-Korrektur, etwa LASIK). • Dialysen.	

	Wir erstatten auch Leistungen nach dem Hufeland-Verzeichnis. Die Einschränkung der versicherten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Ziffer 2.15 gilt insoweit nicht.	
Arznei- und Verbandmittel Medizinisch notwendige Arznei- und Verbandmittel - 100 Prozent der Kosten. - bis 100 Euro im Kalenderjahr für nicht verordnete Arzneimittel.	Wir erstatten die Kosten für: • Arzneimittel, die nach dem Arzneimittel-Gesetz zugelassen sind. • Harntest- und Bluttest-Streifen (ohne Schwangerschafts-Tests). • Verbandmittel. • diätetische Nährstoffe und medikamenten-ähnliche Nährmittel. Diese Mittel und Gegenstände müssen von einem in Ziffer 2.1 genannten Leistungserbringer verordnet sein. Für Arzneimittel ohne Verordnung erstatten wir die Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 100 Euro im Kalenderjahr.	Die Mittel und Gegenstände müssen zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sein. Arzneimittel müssen zudem in der Apotheke gekauft werden. Wir erstatten Kosten für diätetische Nährstoffe und medikamenten-ähnliche Nährmittel, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist: • Sie benötigen aus medizinischen Gründen den Nährstoff, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden. • Sie benötigen aus medizinischen Gründen das Nährmittel, um eine künstliche Ernährung durch Trink- oder Sonden-Nahrung (enterale Ernährung) oder über einen Venen-Zugang (parenterale Ernährung) durchzuführen.
Empfängnisverhütende Mittel - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für verschreibungspflichtige • Arzneimittel und • Medizinprodukte zur Empfängnisverhütung. Die Mittel müssen von einem in Ziffer 2.1 genannten Leistungserbringer verordnet sein. Zudem erstatten wir auch die Kosten für Hormon-Tabletten zur Notfall-Verhütung ("Pille danach").	Wir erstatten diese Kosten bis zum 22. Geburtstag. Die Mittel müssen in der Apotheke gekauft werden.
Brillen und Kontaktlinsen - 100 Prozent der Kosten bis 1.000 Euro innerhalb von 36 Monaten.	Wir erstatten die Kosten für den Kauf und die Reparatur von Sehhilfen. Sehhilfen sind: • Brillengestelle und -gläser (auch Sonnenbrillen und Bildschirm-Arbeitsplatzbrillen). • Kontaktlinsen. Wir erstatten auch die Kosten für Kontaktlinsen-Pflegemittel. Wir rechnen auf die 1.000 Euro alle Sehhilfen und Pflegemittel an, die wir in den letzten 36 Monaten vor dem Tag des Kaufs erstattet haben.	Wir benötigen eine Verordnung Ihres Augenarztes oder die Sehschärfen-Bestimmung Ihres Optikers, jeweils mit Angabe des Dioptrien-Werts.
Digitale Gesundheitsanwendungen - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Diese sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, Ihre Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung Ihrer Krankheiten zu unterstützen. Wir leisten nicht für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung	Dafür muss eine dieser Voraussetzungen erfüllt sein: • Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.1 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz verordnet worden. • Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch enthalten. • Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Ge-

	der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen insbesondere Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.	sundheitsanwendung für Ihre Behandlung als sinnvoll erachten.
Frühförderung und sozialpädiatrische Behandlung	Die Leistungen zur Frühförderung und die sozialpädiatrische Behandlung umfassen Maßnahmen, die • eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt erkennen helfen oder • die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgleichen oder mildern.	
Frühförderung in Frühförderstellen - 100 Prozent der Kosten bis zum Höchstbetrag.	Wir erstatten die Kosten für Leistungen von interdisziplinären Frühförderstellen bis zu der Höhe, welche die gesetzliche Krankenversicherung dafür akzeptiert. Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern geht unserer Erstattung vor. Wir zahlen den Rest, der danach verbleibt.	Wir erstatten diese Kosten, solange Ihr Kind noch nicht eingeschult ist. Außerdem muss es sich um Leistungen nach der Frühförderungs-Verordnung handeln.
Sozialpädiatrische Behandlung - 100 Prozent der Kosten bis zum Höchstbetrag.	Wir erstatten die Kosten für Leistungen von Sozialpädiatrischen Zentren bis zu der Höhe, welche die gesetzliche Krankenversicherung dafür akzeptiert. Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern geht unserer Erstattung vor. Wir zahlen den Rest, der danach verbleibt.	Wir erstatten diese Kosten bis zum 18. Geburtstag. Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Das Zentrum ist für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung zugelassen. • Die versicherte Person kann wegen einer drohenden Krankheit oder wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit nicht von einem geeigneten Arzt oder in einer interdisziplinären Frühförderstelle behandelt werden.
Heilmittel - 100 Prozent der Kosten bis zum Höchstbetrag je Leistung.	Wir erstatten die Kosten für die in Anlage 9 zu § 23 Bundesbeihilfe-Verordnung genannten Heilmittel. Wir erstatten bis zu 130 Prozent der Kosten, welche die Bundes-Beihilfe für das Heilmittel akzeptiert.	Wenn das Heilmittel von einem in Ziffer 2.1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist, erstatten wir die Kosten für: • Behandlungen und Hausbesuche von Angehörigen staatlich anerkannter Gesundheitsfachberufe (etwa Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten). • die Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für Rehabilitations-Sport und Funktionstraining. Außerdem leisten wir für Behandlungen und Hausbesuche von einem in Ziffer 2.1 genannten Arzt oder Heilpraktiker. Hierfür gelten die Regelungen für ärztliche Leistungen und Heilpraktiker-Leistungen.
Heilpraktiker-Leistungen - 100 Prozent der Kosten bis 2.000 Euro im Kalenderjahr.	Wir erstatten die Kosten für Leistungen von Heilpraktikern. Dies umfasst beispielsweise auch die Chirotherapie, Chiropraktik und Osteopathie. Die Einschränkung der versicherten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Ziffer 2.15 gilt insoweit nicht. Unter den Höchstbetrag fallen die Behandlungen und die verordneten Arz-	Es muss sich um Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker handeln.

	neimittel (beides auch bei Psychotherapie).	
Heimdialyse - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für die Pauschale zur Abgeltung der Sach- und nichtärztlichen Dienstleistungen bei Heimdialyse (inklusive des Heimdialyse-Geräts).	
Hilfsmittel (ohne Brillen und Kontaktlinsen)	Hilfsmittel sind Gegenstände, die eine Krankheits-, Unfallfolge oder eine Behinderung unmittelbar mildern oder ausgleichen, den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten. Hierzu zählen etwa: • medizinisch-technische Mittel (wie eine Hörhilfe). • Körper-Ersatzstücke (unter anderem Bein-Prothesen). • orthopädische Schuhe. • Geräte, um eine Krankheit zu erkennen oder zu behandeln (etwa Blutdruck-Messgerät). Sie haben versichert: • Kauf oder Miete des Hilfsmittels. • seine Anpassung, Reparatur und Wartung. • die Einweisung, wie Sie das Hilfsmittel benutzen. Wir erstatten auch die Kosten für die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenführhunds. Wir leisten nicht für Produkte aus dem Wellness- und Fitnessbereich und allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Wir leisten auch nicht für Pflege-, Reinigungs-, Unterhalts- und Betriebskosten. Hierzu zählen insbesondere Batterien. Versichert sind jedoch Spezialbatterien für Hilfsmittel, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können (etwa für Cochlea-Implantate). Wir helfen Ihnen gerne, ein geeignetes Hilfsmittel auszuwählen und zu beschaffen.	Jedes Hilfsmittel muss von einem in Ziffer 2.1 genannten Leistungserbringer verordnet sein.
Hörhilfen und Perücken - 100 Prozent der Kosten bis zu den Höchstbeträgen.	Wir erstatten Kosten für Hörhilfen bis zu • 6.000 Euro für eine teilweise im Körper eingesetzte Hörhilfe (sogenannte "BAHA-Geräte"). • 3.000 Euro für jede andere Hörhilfe. Wir erstatten Kosten für Perücken bei krankhaftem Haarausfall bis zu 1.000 Euro je Perücke.	
Alle sonstigen Hilfsmittel - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für alle sonstigen Hilfsmittel, die wir nicht oben bereits aufgelistet haben.	
Kinderwunsch-Behandlung - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten insbesondere für folgende Verfahren zur Kinderwunsch-Behandlung: Insemination, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fer-	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Sie sind aus organischen Gründen unfruchtbar oder zeugungsunfähig.

	tilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion. Dabei erstatten wir bis zu 4 Versuche je Verfahren, jedoch bis zu 8 Inseminationen ohne hormonelle Stimulation. Außerdem erstatten wir die Kosten für • eine einmalige Kryo-Konservierung von Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe. • dazugehörende ärztliche Leistungen.	Beruflicher Stress alleine reicht beispielsweise nicht. • Medizinisch ist eine künstlich herbeigeführte Schwangerschaft aus fachärztlicher Sicht hinreichend wahrscheinlich. • Zu Beginn der Behandlung ist die zu behandelnde Frau jünger als 41 Jahre und der zu behandelnde Mann jünger als 51 Jahre. Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Sie erhalten eine keimzellschädigende Therapie. • Die Aufbewahrung dient dazu, später eine Kinderwunsch-Behandlung nach den vorstehenden Regelungen durchzuführen. • Zu Beginn der Kryo-Konservierung ist die zu behandelnde Frau jünger als 41 Jahre und der zu behandelnde Mann jünger als 51 Jahre. Die zu behandelnde Person ist die Person, deren Zellen oder Gewebe aufbewahrt werden soll.
Kommunikationshilfen - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für Kommunikationshilfen, sofern diese erforderlich sind, damit Sie die übrigen tariflichen Leistungen in Anspruch nehmen können. Hierzu können etwa Gebärdensprach- und Schrift-Dolmetscher gehören.	Die Kommunikationshilfe muss in § 3 Kommunikationshilfen-Verordnung enthalten sein.
Kranken-Pflege Außerklinische Intensiv-Pflege - 100 Prozent der Kosten bis zum Höchstbetrag.	Wir erstatten Kosten für außerklinische Intensiv-Pflege nach § 37 c Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Diese richtet sich an schwerstkranke Personen, bei denen es jederzeit zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann. Wir leisten nicht für pflegerische Maßnahmen, für die die private Pflege-Pflichtversicherung zuständig ist. Wir erstatten die Kosten bis zu dem Betrag, den der Pflegedienst nach einer Vergütungsvereinbarung nach § 132 l Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangen kann.	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Wegen Ihrer Erkrankung muss eine geeignete Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft ständig anwesend sein (etwa bei künstlicher Beatmung). • Die außerklinische Intensiv-Pflege muss ärztlich verordnet sein.
Häusliche Kranken-Pflege - 100 Prozent der Kosten bis zum Höchstbetrag.	Wir erstatten Kosten für häusliche Kranken-Pflege nach § 37 Absätze 1 bis 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sowie der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Diese umfasst: • Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, die einen Krankenhaus-Aufenthalt vermeidet oder abkürzt. • medizinische Leistungen, die die ärztliche Behandlung ermöglichen und sichern (etwa Wundversorgung, Injektionen oder Katheterwechsel). • Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wenn Sie sich kurzfristig nicht mehr selbst versorgen können	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Sie müssen auf die häusliche Kranken-Pflege durch eine geeignete Pflegefachkraft angewiesen sein. Das heißt: Sie können nicht durch einen Mitbewohner oder Ihre Familie gepflegt und versorgt werden. • Die häusliche Kranken-Pflege muss ärztlich verordnet sein. • Ihr Pflegedienst hat einen Vertrag nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

	(etwa nach einer Operation oder Behandlung im Krankenhaus). Wir erstatten die Kosten bis zu dem Betrag, den der Pflegedienst nach der Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangen kann.	
Medizinische Rehabilitation (auch Anschluss-Heilbehandlung) - 100 Prozent der Kosten bis zum Höchstbetrag. - einmal innerhalb von 36 Monaten.	Bei einer medizinischen Rehabilitation (Reha) nach § 40 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erstatten wir die Kosten der Reha-Einrichtung für: • ärztliche Leistungen. • Arznei- und Heilmittel. • Beratungen und Schulungen. Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern (etwa Renten- oder Unfallversicherung) geht unserer Erstattung vor. Wir zahlen den Rest, der danach verbleibt. Wir erstatten bis zu 150 Prozent der Kosten, welche die gesetzliche Krankenversicherung für die Reha-Einrichtung akzeptiert (§ 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), wenn die Einrichtung einen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat. Wenn die Reha-Einrichtung keinen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat, nehmen wir die Kosten der Reha-Einrichtung mit einem solchen Vertrag, die am nächsten zu Ihrem Wohnsitz liegt. Davon erstatten wir bis zu 150 Prozent der Kosten, welche die gesetzliche Krankenversicherung dafür akzeptiert. Wir leisten für die Reha einmal innerhalb von 36 Monaten. Dieser Zeitraum umfasst ambulante Reha und Reha im Krankenhaus. Er gilt nicht, wenn eine erneute Reha vor Ablauf dieser Zeit aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist (etwa bei einer Anschluss-Heilbehandlung).	
Palliativ-Versorgung - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Wir erstatten die Kosten bis zu dem Betrag, den der Pflegedienst nach der Vergütungsvereinbarung nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangen kann.	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Sie leiden an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch Ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Sie benötigen deshalb eine besonders aufwändige Versorgung. • Die Palliativ-Versorgung muss ärztlich verordnet sein. • Der Leistungserbringer hat einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.
Psychotherapien - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten Kosten für Psychotherapien durch Ärzte, nicht-ärztliche Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz und Heilpraktiker. Wenn ein Heilpraktiker behandelt, fallen diese Behandlungen und verordneten Arzneimittel auch unter den Höchstbetrag von 2.000 Euro (bitte	

	vergleichen Sie oben unter "Heilpraktiker-Leistungen").	
Soziotherapien - 100 Prozent der Kosten bis zu 120 Stunden je laufende Behandlung.	Wir erstatten Kosten für Therapien nach § 37 a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Wenn Sie Fragen zur Therapie oder zum Leistungserbringer haben, können Sie sich gerne an uns wenden. Wir informieren Sie dann über den Umfang unserer Zahlung und geeignete Leistungserbringer.	Es muss eine dieser Voraussetzungen erfüllt sein: • Sie sind psychisch schwer krank (etwa Schizophrenie). Sie können deshalb nicht selbst zum Arzt gehen oder die Therapie befolgen. • Sie sollten ins Krankenhaus, was aber krankheitsbedingt nicht möglich ist. Oder: Die Sozio-Therapie vermeidet oder verkürzt einen Krankenhaus-Aufenthalt. Außerdem muss die Therapie ärztlich verordnet sein und es muss Sie ein geeigneter Leistungserbringer behandeln. Er muss dafür einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch haben.

2.3 Behandlungen im Krankenhaus

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Behandlungen im Krankenhaus	Wir erstatten Kosten für diese Krankenhäuser: • mit staatlicher Förderung. Das sind etwa Universitätskliniken sowie städtische und kirchliche Krankenhäuser. • ohne staatliche Förderung (Privatkliniken). In beiden Fällen erstatten wir auch, wenn Sie in einem Krankenhaus behandelt werden, das auch Kuren und Sanatoriums-Behandlungen durchführt oder Genesende aufnimmt. Wenn Sie Fragen zu der Einrichtung haben, in der Sie behandelt werden sollen, können Sie sich gerne an uns wenden. Wir informieren Sie dann über den Umfang unserer Zahlung.	
Akut-Behandlung in Häusern mit staatlicher Förderung - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für • gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen ("Chefarzt" und Belegarzt). • das gesondert berechnungsfähige Ein- oder Zweibett-Zimmer. • allgemeine Krankenhaus-Leistungen. Dazu gehören auch Kosten für eine Begleit-Person, die aus medizinischen Gründen bei Ihnen sein muss. Wenn die versicherte Person jünger als 12 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleit-Person als medizinisch begründet.	
- Krankenhaus-Tagegeld bis zu 110 Euro täglich.	Statt der Kostenerstattung können Sie das Tagegeld wählen. Wir zahlen kein Krankenhaus-Tagegeld für: • Tage vollständig außerhalb des Krankenhauses (Beurlaubungstage). • eine Behandlung von weniger als 24 Stunden je Tag (teil- oder tages-	

	stationäre Behandlung). Wir zahlen jedoch für den Tag der Aufnahme. a) Verzicht auf zusätzliche Arztkosten: • 40 Euro täglich, • 20 Euro, wenn die Person jünger als 16 Jahre ist. b) Verzicht auf besondere Unterkunft: • 70 Euro täglich, • 35 Euro, wenn die Person jünger als 16 Jahre ist. Wir zahlen dieses Tagegeld nicht für: • den Tag der Entlassung. • Tage auf Intensiv- oder Säuglingsstation.	Wir zahlen das Tagegeld nach a), wenn Sie auf gesondert berechnungsfähige Arzt-Behandlung verzichten ("Chefarzt" und Belegarzt). Wir zahlen das Tagegeld nach b), wenn Sie auf zusätzlich berechnungsfähiges Ein- und Zweibett-Zimmer verzichten.
Akut-Behandlung in Privatkliniken - 100 Prozent der Kosten für Krankenhaus-Leistungen bis zum Höchstbetrag.	Privatkliniken müssen nicht nach dem Krankenhaus-Entgeltgesetz oder der Bundespflegesatz-Verordnung abrechnen. Wir erstatten die Kosten für • Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer. • Verpflegung und Krankenhaus-Pflege. • Arznei- und Heilmittel. • medizinisch begründete Nebenkosten. • Aufnahme und Verpflegung einer Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei Ihnen sein muss. Wenn die versicherte Person jünger als 12 Jahre alt ist, gilt die Mitaufnahme einer Begleit-Person als medizinisch begründet. • als Krankenhaus-Leistungen berechnete Arzt-Kosten. Wir erstatten diese Kosten bis zu: • 250 Prozent der allgemeinen Krankenhaus-Leistungen, die ein Krankenhaus der Maximal-Versorgung (etwa Uni-Klinik) verlangt hätte. • Hierfür kommt es auf das Krankenhaus der Maximal-Versorgung an, das am nächsten zu Ihrem Wohnsitz liegt. • Der Höchstbetrag gilt nicht bei Notfall-Behandlung.	
- 100 Prozent der Kosten für ärztliche Leistungen.	Wir erstatten die Kosten für gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen.	
Medizinische Rehabilitation (auch Anschluss-Heilbehandlung) - 100 Prozent der Kosten der Reha-Einrichtung bis zum Höchstbetrag.	Bei einer medizinischen Rehabilitation (Reha) nach § 40 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erstatten wir die Kosten der Reha-Einrichtung für: • Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer. • Verpflegung und Pflege. • Arznei- und Heilmittel. • medizinisch begründete Nebenkosten. • als Krankenhaus-Leistungen berechnete Arzt-Kosten. Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern (etwa Renten- oder Unfallversicherung) geht unserer Er-	

	stattung vor. Wir zahlen den Rest, der danach verbleibt. Wir erstatten bis zu 150 Prozent der Kosten, welche die gesetzliche Krankenversicherung für die Reha-Einrichtung akzeptiert (§ 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), wenn die Einrichtung einen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat. Wenn die Reha-Einrichtung keinen Vertrag mit einem gesetzlichen Reha-Träger hat, nehmen wir die Kosten der Reha-Einrichtung mit einem solchen Vertrag, die am nächsten zu Ihrem Wohnsitz liegt. Davon erstatten wir bis zu 150 Prozent der Kosten, welche die gesetzliche Krankenversicherung dafür akzeptiert.	
- 100 Prozent der Kosten für ärztliche Leistungen.	Wir erstatten die Kosten für gesondert berechnungsfähige ärztliche Leistungen.	
- einmal innerhalb von 36 Monaten.	Wir leisten für die Reha einmal innerhalb von 36 Monaten. Dieser Zeitraum umfasst ambulante Reha und Reha im Krankenhaus. Er gilt nicht, wenn eine erneute Reha vor Ablauf dieser Zeit aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist (etwa bei einer Anschluss-Heilbehandlung).	
Digitale Gesundheitsanwendungen - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Diese sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, Ihre Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung Ihrer Krankheiten zu unterstützen. Wir leisten nicht für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen insbesondere Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.	Dafür muss eine dieser Voraussetzungen erfüllt sein: • Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.1 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz verordnet worden. • Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch enthalten. • Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für Ihre Behandlung als sinnvoll erachten.
Übergangspflege - 100 Prozent der Kosten bis zum Höchstbetrag. - bis zu 10 Tage je Krankenhaus-Behandlung.	Wir erstatten die Kosten für eine Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem Sie zuvor behandelt worden sind. Die Übergangspflege umfasst: • die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. • die Aktivierung des Patienten. • die Grund- und Behandlungspflege. • ein Entlass-Management. • die Unterkunft und Verpflegung. • ärztliche Leistungen. Wir erstatten die Kosten bis zu dem Betrag, den das Krankenhaus nach der Vergütungsvereinbarung nach §	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Sie benötigen im Anschluss an einen Krankenhaus-Aufenthalt eine häusliche Kranken-Pflege, Kurzzeit-Pflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflege-Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch. • Diese können jedoch nicht oder nur mit erheblichem Aufwand durchgeführt werden.

	132 m Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangen kann.	
Versorgung im Hospiz - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für die Versorgung im Hospiz. Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem Versorgungsauftrag, unheilbar kranke Patienten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinisch zu behandeln. Der Anspruch aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung geht unserer Erstattung vor. Wir erstatten den Rest, der danach verbleibt.	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Sie leiden an einer nicht heilbaren und fortschreitenden Erkrankung, die Ihre Lebenserwartung verkürzt. • Sie sind auf diese Versorgung angewiesen. Das heißt: Sie benötigen keine Krankenhaus-Behandlung.
Wunschverlegung - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für die von Ihnen gewünschte Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands.	Dafür müssen diese beiden Voraussetzungen erfüllt sein: • Sie werden nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage im Krankenhaus sein. • Wir organisieren die Verlegung.

2.4 Notarzt-Fahrten, Transporte und Fahrten

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Notarzt-Fahrten - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für Notarzt-Fahrten. Wir leisten jedoch nicht für Ihre Suche, Bergung oder Rettung nach einem Unfall.	
Transporte und private Fahrten - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für medizinisch notwendige: • Transporte im Rettungsfahrzeug oder -hubschrauber. • Transporte durch Krankentransport-Unternehmen, wenn medizinisches Personal Sie begleiten muss. • Fahrten im Taxi, in öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug. Wir erstatten Kosten für Transporte und Fahrten zu jedem geeigneten Arzt, Heilmittelerbringer oder Krankenhaus im Umkreis von 100 Kilometern - und die Rückfahrt. Wenn der nächste geeignete weiter weg ist, erstatten wir auch die Kosten dorthin. Bei Fahrten im privaten Fahrzeug erstatten wir 0,30 Euro je gefahrenen Kilometer.	Bei ambulanter Behandlung übernehmen wir die Kosten bei: • ambulanten Operationen oder nachoperativer Behandlung. • Apherese oder Dialyse. • Geh- oder Sehunfähigkeit oder Fahruntüchtigkeit wegen Krankheit, Unfall oder ärztlicher Behandlung. • medizinischer Reha (auch ambulanter Anschluss-Heilbehandlung). • Strahlen-Therapie bei Krebs oder Chemo-Therapie. • Unfall oder Notfall. Für Fahrten bei einem Krankenhaus-Aufenthalt übernehmen wir die Kosten, wenn Sie aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren können.

2.5 Präventions-Leistungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
"MeinVorsorgeprogramm"	Sie haben die Möglichkeit, an "MeinVorsorgeprogramm" teilzunehmen. Das bedeutet, dass wir die Kosten für nachfolgend besonders gekennzeichnete Präventions-Leistungen erstatten, ohne die Selbstbeteiligung abzuziehen. Außerdem schließt die Erstattung nach diesem Programm nicht den Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach Ziffer 5.4 aus.	Wenn Sie an "MeinVorsorgeprogramm" teilnehmen möchten, reichen Sie den Kostenbeleg für die besonders gekennzeichneten Präventions-Leistung über unsere Rechnungseinreichungs-App ein und kennzeichnen Ihren Wunsch. Oder: Sie lassen sich die Leistung vom jeweiligen Anbieter

		auf unserem Coupon bestätigen. Legen Sie uns dann nur diesen vor.
Gesundheitskurse - 100 Prozent der Kosten bis 400 Euro im Kalenderjahr.	Wir erstatten die Kosten für Gesundheitskurse. Das sind etwa Kurse zur Sucht-Prävention, Stress-Bewältigung und Bewegungs-Programme. "MeinVorsorgeprogramm": Sie können die Kosten für die Kurse über "MeinVorsorgeprogramm" geltend machen.	Die Kurse müssen nach § 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zertifiziert sein.
Kur-Behandlung - 100 Prozent der Kosten bis 3.000 Euro. - einmal innerhalb von 36 Monaten.	Wir erstatten die Kosten für: • ärztliche Leistungen. • Unterkunft und Verpflegung in der Kur-Klinik. • den Kur-Plan. • Arzneimittel. • Kurmittel. • Heilmittel. • die Kurtaxe. Wir leisten für Kuren einmal innerhalb von 36 Monaten.	Die Kur-Behandlung muss ärztlich verordnet sein.
Malaria-Prophylaxe, Schutz- und Reise-Impfungen - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten Kosten für Malaria-Prophylaxe sowie folgende Impfungen (einschließlich des Impfstoffs): • Schutz-Impfungen nach Empfehlungs-Liste der STIKO am Robert-Koch-Institut. Bei den dort genannten Indikations-Impfungen leisten wir auch, wenn die Indikationen nicht vorliegen. • Reise-Impfungen. Ausgenommen sind Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, für die der Arbeitgeber oder ein anderer Kostenträger leisten muss. Wir leisten für Schutz-Impfungen auch dann, wenn Sie diese bei einer zugelassenen Impfstelle (etwa Gesundheitsamt, Betriebsarzt oder Apotheke) durchführen lassen. "MeinVorsorgeprogramm": Sie können die Kosten für Standard- und Indikations-Impfungen nach Empfehlungs-Liste der STIKO über "MeinVorsorgeprogramm" geltend machen.	
Vorsorge-Untersuchungen - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten Kosten für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen, auch über die gesetzlichen Programme hinaus. "MeinVorsorgeprogramm": Sie können die Kosten für die in Ziffer 9 genannten Vorsorge-Untersuchungen über "MeinVorsorgeprogramm" geltend machen. Wir erstatten diese dann bis zu den in Ziffer 9 genannten Höchstbeträgen.	

2.6 Schwangerschaft und Entbindung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung - 100 Prozent der Kosten.	Wir zahlen die tariflichen Leistungen (Ziffern 2.2 bis 2.4 und 2.10) auch, wenn Sie wegen einer Schwanger-	

	schaft behandelt oder entbunden werden. Wir zahlen auch die Kosten für • Unterkunft im Familienzimmer eines Krankenhauses. • Behandlung und Unterkunft im Geburtshaus. • Leistungen von Hebammen oder Entbindungspflegern. Außerdem erstatten wir Kosten für Geburtsvorbereitung (auch Schwangerschaftsgymnastik) und Rückbildungsgymnastik.	
Leistungen bei häuslicher Entbindung - 3.000 Euro.	Wir zahlen 3.000 Euro, wenn Sie zu Hause entbunden werden. Wir zahlen die Pauschale je Geburt. Eine Mehrlingsgeburt gilt als eine Geburt.	
Leistungen für Neugeborene - 100 Prozent der Kosten.	Wir zahlen für das gesunde Neugeborene, wenn es unmittelbar nach der Entbindung im Krankenhaus untergebracht und verpflegt wird.	Ist das Kind gesund, zahlen wir nach dem Vertrag der Mutter. Voraussetzung ist: Das Kind wurde nach Ziffer 6.2 bei uns versichert. Ist das Kind aber krank, zahlen wir nach dem Vertrag des Kindes.

2.7 Pauschal-Zahlung bei Kinderbetreuung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Leistungen bei Betreuung Ihres kranken Kindes - 100 Euro täglich. - je Kind bis zu 15 Tage im Kalenderjahr.	Wenn Ihr Kind erkrankt oder verunfallt ist und von Ihnen betreut werden muss, ersetzen wir Ihren Verdienstausfall in Höhe der vereinbarten Pauschale. Wenn gleichzeitig mehrere Kinder betreut werden müssen, zahlen wir die Pauschale nur einmal.	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Der betreuende Elternteil und das erkrankte Kind sind nach einem Tarif mit der Bezeichnung MeinGesundheitsschutz versichert. • Das Kind ist noch keine 12 Jahre alt. Diese Grenze gilt nicht, wenn das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist. • Sie können wegen der Kinderbetreuung nicht arbeiten und haben deswegen einen Verdienstausfall. • Keine andere Person im selben Haushalt kann das Kind betreuen.

2.8 Haushaltshilfe

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Leistungen für Haushaltshilfe - 100 Prozent der Kosten bis 100 Euro täglich. - bis zu 30 Tage im Kalenderjahr.	Wir erstatten die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn es Ihnen nicht möglich ist, Ihren Haushalt weiterzuführen wegen: • eines Krankenhaus-Aufenthalts. • einer medizinischen Reha (auch Anschluss-Heilbehandlung). • einer Kur-Behandlung. Dazu gehören auch Kuren für Mütter und Väter. • häuslicher Kranken-Pflege.	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Keine andere Person im selben Haushalt kann diesen weiterführen. • In Ihrem Haushalt lebt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht 12 Jahre alt oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.
- 100 Prozent der Kosten bis 100 Euro täglich. - bis zu 30 Tage im Kalenderjahr. - bis zu 180 Tage im Kalenderjahr, wenn die besondere Voraussetzung erfüllt ist.	Außerdem erstatten wir Ihnen die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn es Ihnen aus den folgenden Gründen nicht möglich ist, Ihren Haushalt weiterzuführen: • wegen schwerer Krankheit und akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhaus-Aufenthalt.	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Keine andere Person im selben Haushalt kann diesen weiterführen. • Sie sind nicht pflegebedürftig nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch. Wir leisten bis zu 180 Tage im Kalenderjahr, wenn in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht 12 Jahre alt oder

	• nach einer ambulanten Operation. • nach einer ambulanten Krankenhaus-Behandlung.	das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Das gilt auch dann, wenn Sie pflegebedürftig nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch sind.
- 100 Prozent der Kosten bis 100 Euro täglich.	Wir erstatten Ihnen auch die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn es Ihnen nicht möglich ist, Ihren Haushalt wegen Schwangerschaft oder Entbindung weiterzuführen. In allen Fällen sind verwandte oder verschwägerte Angehörige bis zum zweiten Grad keine Haushaltshilfe.	Wir leisten, wenn keine andere Person im selben Haushalt diesen weiterführen kann. In allen Fällen benötigen wir eine Bestätigung des Arztes, dass es Ihnen aus den genannten Gründen nicht möglich ist, Ihren Haushalt weiterzuführen.

2.9 Organ-Transplantationen

Eine Organ-Transplantation nach dieser Regelung ist die operative Übertragung von Organen oder Geweben einer anderen lebenden Person (Organ-Spender) auf Sie.

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Leistungen für Sie - 100 Prozent der Kosten.	Wir erbringen die versicherten Leistungen (Ziffern 2.2 bis 2.4 und 2.10) für Maßnahmen, die mit einer Organ-Transplantation unmittelbar zusammenhängen.	
Leistungen für den Spender	Der Anspruch für den Organ-Spender gegenüber anderen Leistungsträgern geht unserer Erstattung vor. Wir erstatten den Rest, der danach verbleibt. Wir ziehen keine Selbstbeteiligung ab.	
Entnahme von Organ oder Gewebe - 100 Prozent der Kosten.	Für den Organ-Spender erbringen wir die versicherten Leistungen (Ziffern 2.2 bis 2.4 und 2.10) für Maßnahmen, die mit der Entnahme von Organ oder Gewebe unmittelbar zusammenhängen, sowie für Vor- und Nachbehandlungen. Soweit der Organ-Spender bei seiner Krankenversicherung besser versichert ist, erstatten wir wie seine Krankenversicherung.	
Verdienstausfall und Entschädigung des Spenders - 100 Prozent des Einkommens und bestimmter Beiträge.	Wir zahlen für seinen Verdienstausfall wegen der Entnahme. Als Verdienst gilt sein berufliches Netto-Einkommen. Außerdem zahlen wir folgende Beiträge, soweit sie nicht schon über das Netto-Einkommen gedeckt sind: • gesetzliche Kranken- und Pflege-Versicherung oder private Kranken- und Pflege-Versicherung nach § 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz. • Altersabsicherung (Rente oder berufsständische Versorgung). • gesetzliche Arbeitslosen-Versicherung. Wir entschädigen den Organ-Spender nicht, soweit er Entgeltfortzahlung bei Krankheit erhält.	

Entschädigung des Arbeitgebers - 100 Prozent der Kosten.	Auf Wunsch des Arbeitgebers ersetzen wir diesem die Entgeltfortzahlung. Wir zahlen zusätzlich seine Anteile an den Beiträgen für: • gesetzliche Kranken- und Pflege-Versicherung oder private Kranken- und Pflege-Versicherung nach § 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz. • Altersabsicherung (Rente oder berufsständische Versorgung). • betriebliche Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung.	
Organ- oder Gewebe-Bereitstellung - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten für die Bereitstellung des Spender-Organs oder -Gewebes nach dem Transplantationsgesetz.	

2.10 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten. Wir erstatten die Kosten wie in den Ziffern 2.1 bis 2.6 sowie 2.8 und 2.9 zugesagt, aber ohne den Höchstbetrag für Krankenhaus-Leistungen in Privatkliniken. Außerdem gelten keine deutschen Gebührensätze oder Begrenzungen auf die Höhe der Leistungen anderer Leistungsträger. Zudem zahlen wir die Pauschale nach Ziffer 2.7 auch, wenn Sie sich im Ausland aufhalten. Wir erstatten auch Kosten für Krankheiten - einschließlich chronische - oder Unfallfolgen, die Sie bereits zu Reisebeginn haben. Das gilt auch dann, wenn sich diese später verschlimmern.	Sie müssen uns so schnell wie möglich informieren, nachdem Sie ein ausländisches Krankenhaus aufgenommen hat.
Reisekosten - 100 Prozent der Kosten.	Wenn Sie sich im Ausland behandeln lassen, erstatten wir die Kosten für die direkte Reise von Ihrem deutschen Wohnsitz zum Behandlungsort und zurück. Wir erstatten diese Reisekosten für Sie und eine Begleitperson. Wir leisten jedoch nicht für die Unterkunft der Begleitperson am Behandlungsort. Soweit es medizinisch möglich ist, müssen Sie das kostengünstigste Verkehrsmittel nehmen.	Die Behandlung kann aus medizinischen Gründen nicht in Deutschland durchgeführt werden.
Rücktransporte - 100 Prozent der Kosten.	Im Versicherungsfall erstatten wir die Kosten für Ihren Rücktransport auch mit Begleitperson und Ihren minderjährigen Kindern. Wir ziehen die ursprünglichen Rückreise-Kosten nicht ab. Soweit es medizinisch möglich ist, müssen Sie das kostengünstigste Transportmittel nehmen.	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Der Transport bringt Sie an Ihren Wohnsitz vor der Auslandsreise. Oder: In das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus. • Der Transport ist medizinisch notwendig. Oder: Unser Vertragsarzt hat sich mit Ihrem ausländischen Arzt abgestimmt und Ihre Behand-

		lung soll länger als 14 Tage dauern.
Spezielle Services	Im Versicherungsfall erhalten Sie auf Wunsch folgende Services: • Wir sind das ganze Kalenderjahr 24 Stunden pro Tag telefonisch für Sie erreichbar. • Wir nennen und vermitteln Ärzte und Kliniken im Ausland. • Bei einem Krankenhaus-Aufenthalt kontaktieren wir Ihre ausländischen Ärzte. Wir übersetzen die Angaben zur Krankheit und die therapeutischen Maßnahmen in allen gängigen Welt-Sprachen. • Wir beauftragen einen Arzt. Er stellt Kontakt zwischen Ihrem Hausarzt und Ihren ausländischen Ärzten her. Bei einem Krankenhaus-Aufenthalt sorgen wir für den Informationsaustausch zwischen ihnen. Dabei kommunizieren wir in allen gängigen Welt-Sprachen. • Wir informieren Ihre Angehörigen. • Wir garantieren dem Krankenhaus, was wir zahlen. Wir zahlen direkt an das Krankenhaus und seine Ärzte. • Wir organisieren Ihren Kranken-Rücktransport. • Im Todesfall organisieren wir das Nötige, damit Sie im Ausland bestattet oder nach Hause überführt werden.	
Überführung oder Bestattung - 100 Prozent der Kosten.	Beim Tod im Ausland erstatten wir die Kosten für die Überführung an den Wohnsitz vor der Auslandsreise. Die Kosten für die Bestattung im Ausland erstatten wir bis zu dem Betrag, den eine Überführung gekostet hätte.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 12 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie wieder zurückreisen können, ohne Ihre Gesundheit zu gefährden. Sie können auch früher nach Hause kommen, wenn Sie transportfähig sind. Dann übernehmen wir Ihren versicherten Rücktransport. Wenn Sie aus anderen Gründen, die Sie nicht zu vertreten haben (etwa Flugausfälle wegen Pandemie), nicht nach Hause zurückkehren können, zahlen wir auch, bis Sie zurückreisen können.	
	Wir zahlen auch für längere Aufenthalte. Sie können von uns verlangen, dass wir den Versicherungsschutz um bis zu weitere 10 Jahre verlängern. Eine solche Verlängerung vereinbaren wir mit Ihnen gesondert. Dabei kann auch vereinbart werden, dass	Für die Verlängerung müssen Sie uns sagen, dass Sie diese wollen, bevor die 12 Monate abgelaufen sind.

	wir für längere Aufenthalte als 10 Jahre zahlen. Wir dürfen für die Verlängerung einen Beitragszuschlag verlangen. Die Höhe hängt vom Aufenthaltsland ab. Er endet mit Ablauf der Verlängerung (etwa bei Rückkehr nach Europa).	
Hinweis bei Wegzug	Wenn die versicherte Person aus der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum wegzieht, vergleichen Sie dazu bitte Ziffer 7.3.	

2.11 Entwöhnung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Entwöhnung - 100 Prozent der Kosten.	Wir erstatten die Kosten bei einer ambulanten Entwöhnung wie für eine ambulante Behandlung. Bei einer stationären Entwöhnung erstatten wir die Kosten für allgemeine Krankenhaus-Leistungen bis zu dem Tagessatz nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Hat das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag nach dieser Vorschrift, übernehmen wir seinen Tagessatz. Anderenfalls nehmen wir den Satz für das Krankenhaus mit Versorgungsvertrag, das am nächsten zu Ihrem Wohnsitz liegt. Der Anspruch gegenüber anderen Leistungsträgern geht unserer Erstattung vor. Wir zahlen den Rest, der danach verbleibt.	Dafür müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein: • Die Behandlung soll Sie aus der Bindung an Suchtmittel lösen. Dazu gehören stoffgebundene Suchtmittel (etwa Drogen oder Alkohol) sowie stoffungebundene Suchtmittel (etwa Spielsucht), Sie sollen nicht nur von einer Nikotin-Sucht entwöhnt werden. • Die Entwöhnung erscheint hinreichend Erfolg versprechend. • Wir haben unsere Erstattung vorher schriftlich zugesagt. Wenn wir feststellen, dass wir leistungspflichtig sind, sagen wir zu.

2.12 Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung	Umfang	Besondere Voraussetzungen
Höhe der Selbstbeteiligung - 30 Prozent, höchstens 1.500 Euro je Kalenderjahr.	Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person. Von jeder Zahlung nach Ziffern 2.2 bis 2.11 ziehen wir 30 Prozent ab. Je Kalenderjahr ziehen wir höchstens 1.500 Euro ab (betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung). Die Selbstbeteiligung gilt nicht, wenn sie ausdrücklich ausgeschlossen ist. Die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung von 1.500 Euro gilt auch, wenn • der Vertrag unter dem Kalenderjahr endet. • Sie über einen Tarifwechsel nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz in den Tarif kommen und vorher eine höhere Selbstbeteiligung hatten. Wenn Sie aus einem anderen Tarif mit höherer oder gleich hoher Selbstbeteiligung in diesen Tarif wechseln, rechnen wir die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung auf die 1.500 Euro an, die Sie im selben Kalenderjahr im anderen Tarif bereits hatten.	
Reduzierte Selbstbeteiligung	Die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung von 1.500 Euro reduziert	Die reduzierte Selbstbeteiligung gilt, wenn:

	sich im ersten Kalenderjahr um 1/12 für jeden Monat, in dem keine Versicherung nach diesem Tarif besteht.	• Sie den Tarif bei uns neu abgeschlossen haben. • Sie über einen Tarifwechsel nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz in den Tarif gekommen sind und vorher keine oder eine geringere Selbstbeteiligung hatten.

2.13 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Wehrdienst-Beschädigung	Wir zahlen nicht für anerkannte Wehrdienst-Beschädigungen.	
Übermaß-Behandlung	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt (bitte vergleichen Sie dazu Ziffer 2.14).
Zahnmedizinische Behandlung	Wir zahlen keine zahnärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit einer zahnmedizinischen oder kieferorthopädischen Behandlung stehen.	Eine zahnmedizinische Behandlung ist die auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Vorbeugung, Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

2.14 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistung

Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden.

Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein. Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können - nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Wir leisten auch in diesen Fällen:
- Sie werden wegen einer Schwangerschaft untersucht oder medizinisch notwendig behandelt und von Ihrem Kind entbunden.
- Sie lassen sich vorsorglich untersuchen oder behandeln (Präventions-Leistung).
- Sie sind jünger als 22 Jahre und lassen sich in einer Arztpraxis wegen Empfängnisverhütung behandeln.
- Es wird ein rechtmäßiger Schwangerschafts-Abbruch aus medizinisch notwendigen Gründen oder wegen eines Verbrechens durchgeführt.
- Tod.

Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen.

Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.

2.15 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Wir zahlen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dazu gehören auch:
- Schröpfen.
- Akupunktur zur Schmerz-Therapie.
- Chirotherapie.
- Eigenblut-Behandlung als naturheilkundliche Reiztherapie.
- therapeutische Lokal-Anästhesie.

Das gilt auch für solche Methoden und Arzneimittel, die es heute noch nicht gibt und die erst in Zukunft anerkannt werden. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an solche Innovationen an. Sie müssen dafür nichts tun (Innovationsgarantie).

Wir zahlen zudem für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können dann auf den Betrag kürzen, der für eine schulmedizinische Methode oder ein solches Arzneimittel angefallen wäre.

Wir zahlen auch für Alternativ-Medizin durch Hebammen, Entbindungspfleger oder Angehörige staatlich anerkannter Gesundheitsfachberufe, wenn sie verordnet ist.

2.16 Umfang des Versicherungsschutzes

2.16.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag pünktlich zahlen. Zahlen Sie diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Ausnahme: Wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem Sie den Tarif abgeschlossen haben, zahlen wir für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

2.16.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:
- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

2.16.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

3. Allgemeines zu unseren Zahlungen

3.1 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.

3.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt worden sind oder eine Leistung bezogen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

3.3 Recht auf die Leistungen

Sie als unser Vertragspartner haben Anspruch auf die Versicherungsleistungen. Die Regelungen über unsere Leistungen beziehen sich jedoch auf die versicherte Person. Anspruchsberechtigt bleiben aber 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.

3.4 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.
- Bezeichnung der Krankheit oder Unfallfolge.
- Art der Leistungen.
- Behandlungs- oder Kaufdaten oder Daten der Miete.

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

Für das Krankenhaus-Tagegeld ist eine Bescheinigung mit mindestens diesem Inhalt erforderlich:
- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Krankheit oder Unfallfolge.
- Daten zu Aufnahme, Entlassung und - sofern der Fall - Tagen außerhalb des Krankenhauses.

3.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:
- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

Wenn Sie es wünschen, zahlen wir auch als Erster. Dafür müssen Sie uns Ihren Anspruch gegen den anderen Kostenträger abtreten, soweit wir zahlen.

Haben Sie das Krankenhaus-Tagegeld gewählt, erhalten Sie es unabhängig davon, ob ein Anderer die Krankenhaus-Kosten übernimmt.

4. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Wenn Sie für Ihre Behandlung auch bei einer anderen privaten Krankenversicherung Ansprüche haben, müssen Sie uns so schnell wie möglich informieren.

Außerdem müssen Sie sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie eine dieser Pflichten verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die Verhaltenspflichten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

5. Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Monatsbeitrag

Sie müssen einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht in Ihrem aktuellen Versicherungsschein.

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

5.1.2 Zahlungstermine

Sie müssen den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge müssen Sie immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit Ihnen vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), müssen Sie uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass Sie es in Textform (etwa Brief, E-Mail) erteilen.

5.1.4 Ausnahme Tagesbeitrag

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

Wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten, müssen Sie den Beitrag jedoch bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

5.2 Beitragsänderungen

5.2.1 Altersabhängiger Beitrag

Ab Beginn des Monats, der auf den 16. oder 21. Geburtstag der versicherten Person folgt, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächste Altersstufe vorgesehen ist.

Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

5.2.2 Änderung von Rechnungsgrundlagen

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 5 Prozent ergeben.

Für diese Auswertung werden die versicherten Personen nach ihrem Alter in sogenannte Beobachtungseinheiten unterteilt: in Kinder und Jugendliche (bis einschließlich 20 Jahre) und Erwachsene (ab 21 Jahre). Wir überprüfen und passen jede Beobachtungseinheit getrennt an.

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

Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung anpassen und einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

5.3 Recht auf Beitragsbefreiung

5.3.1 Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld oder Elternzeit

In den folgenden Fällen können Sie für die versicherte Person eine vorübergehende Beitragsbefreiung verlangen:
- Diese Person bezieht Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz. Oder:
- Sie nimmt Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz, hat jedoch für die gesamte Dauer der Elternzeit keinen Anspruch auf Elterngeld. Dies gilt bis längstens 24 Monate nach der Geburt des Kindes.

Die vorübergehende Beitragsbefreiung bedeutet, dass Sie in dieser Zeit keine Beiträge für den Tarif zahlen müssen. Dazu gehört auch der gesetzliche Beitragszuschlag. Wenn Sie eine garantierte Beitragsentlastung im Alter vereinbart haben, müssen Sie jedoch den monatlichen Zusatzbetrag für die Entlastung weiterzahlen. Außerdem behalten Sie auch während der Beitragsbefreiung Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Das Recht auf Beitragsbefreiung setzt voraus, dass für die versicherte Person mindestens 8 Monate ununterbrochen bei uns eine Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) besteht. Diese muss das Recht auf Beitragsbefreiung vorsehen. Der 8-Monats-Zeitraum muss bei Geburt des Kindes, für das Elterngeld bezogen oder Elternzeit genommen wird, vollendet sein.

Die Beitragsbefreiung ist ausgeschlossen, wenn
- der Tarif auf eine Anwartschaftsversicherung umgestellt ist.
- Sie mit der Zahlung des Beitrags für die versicherte Person, des verzugsbedingten Säumniszuschlags oder Beitreibungskosten im Rückstand sind.

Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Monat, der auf den Beginn des Bezugs des Elterngelds oder der Elternzeit folgt. Beziehen Sie das Elterngeld bereits ab dem Ersten eines Monats oder beginnt Ihre Elternzeit an einem solchen Tag, gilt die Beitragsbefreiung bereits ab diesem Monat. Sie endet spätestens zum Ende des Monats, für den das Elterngeld letztmalig gezahlt wird oder in dem die Elternzeit endet. Sie müssen ab dem nächsten Monat den dann gültigen Beitrag zahlen.

Sie können die Beitragsbefreiung bei jedem Kind, für das Elterngeld bezogen oder Elternzeit genommen wird, insgesamt für längstens 6 Monate verlangen. Das gilt auch, wenn die Beitragsbefreiung mehrfach vereinbart wird. Wenn Sie Zwillinge oder Mehrlinge haben, können Sie die Beitragsbefreiung wie für ein Kind verlangen.

5.3.2 Beitragsbefreiung bei Versicherung von Kindern

Wenn Sie ein Kind nach Ziffer 6.2 in diesem Tarif versichern, können Sie für dieses eine vorübergehende Beitragsbefreiung verlangen. Das bedeutet:
- Sie müssen in dieser Zeit keine Beiträge für den Tarif des Kindes zahlen.
- Sie behalten auch während der Beitragsbefreiung Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Die Beitragsbefreiung ist ausgeschlossen, wenn
- der Tarif auf eine Anwartschaftsversicherung umgestellt ist.
- Sie mit der Zahlung des Beitrags für den versicherten Elternteil, des verzugsbedingten Säumniszuschlags oder Beitreibungskosten im Rückstand sind.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Monat, in dem das Kind (auch das Adoptivkind) geboren wurde, sowie die darauffolgenden 6 Monate. Ab dem siebten Monat, der auf die Geburt folgt, müssen Sie den dann gültigen Beitrag für das Kind zahlen.

5.3.3 Beitragsänderungen während der Beitragsbefreiung

Beitragsänderungen werden auch während der Zeit der Beitragsbefreiung wirksam. Das bedeutet:
- Der Beitrag ändert sich zum gesetzlich vorgesehenen oder vertraglich vereinbarten Zeitpunkt. Sie müssen den geänderten Beitrag aber erst nach dem Ende der Beitragsbefreiung zahlen.
- Soweit Kündigungsrechte daran anknüpfen, dass Sie zu dem Zeitpunkt kündigen können, zu dem Sie mehr zahlen müssen, bezieht sich dies auf den Zeitpunkt, zu dem die Beitragsänderung vertraglich wirksam wird.

5.4 Garantierte Beitragsrückerstattung

Wir zahlen Ihnen jährlich 10 Prozent des Beitrags zurück, den Sie für die versicherte Person im vorangegangenen Kalenderjahr für diesen Tarif gezahlt haben. Dabei berücksichtigen wir den gesetzlichen Beitragszuschlag nicht. Wenn Sie eine garantierte Beitragsentlastung im Alter vereinbart haben, berücksichtigen wir auch den Zusatzbetrag dafür nicht.

Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nach dem 30. Juni des Folgejahrs aus.

Die Beitragsrückerstattung setzt voraus, dass wir für die versicherte Person aus der Krankheitskosten-Versicherung für das gesamte vorangegangene Kalenderjahr keine Leistungen erbracht haben. Davon ausgenommen sind Leistungen, die Sie über "MeinVorsorgeprogramm" in Anspruch genommen haben.

Außerdem muss für die versicherte Person am 30. Juni des Folgejahrs bei uns noch eine Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) bestehen. Wir zahlen jedoch auch, wenn diese zwischen dem 31. Dezember des vorangegangenen Kalenderjahrs und dem 30. Juni des Folgejahrs endet, weil die versicherte Person stirbt oder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird.

Die Beitragsrückerstattung ist ausgeschlossen, wenn
- der Tarif im vorangegangenen Kalenderjahr auf eine Anwartschaftsversicherung umgestellt war.
- Sie bis zum 30. Juni des Folgejahrs mit der Zahlung des Beitrags für die versicherte Person, des verzugsbedingten Säumniszuschlags oder Beitreibungskosten im Rückstand sind.

6. Weitere Vertragsänderungen

6.1 Tarifwechsel

Sie können nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz den Versicherungsschutz ändern. Eine Umstellung in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz ist aber ausgeschlossen.

Wenn Sie nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz in den Tarif MeinGesundheitsschutz Best 70 gewechselt sind, berücksichtigen wir das wie folgt:
- Wir rechnen die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der Höchstbeträge an, die im Tarif MeinGesundheitsschutz Best 70 vereinbart sind.
- Wir rechnen die Leistungen, die wir im bisherigen Tarif erbracht haben, auf die Kostenerstattung bis zu den Höchstbeträgen an, die im Tarif MeinGesundheitsschutz Best 70 vereinbart sind.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 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. Wenn wir diesen Vertrag schon vor dem Versicherungsbeginn geschlossen hatten, rechnen die 3 Monate bereits ab Vertragsschluss.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 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.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Bei der Nachversicherung nach den Ziffern 6.2.1 und 6.2.2 darf der Versicherungsschutz des Kindes 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.

Für Neugeborene gilt außerdem: Das Kind kann auch in einem leistungsstärkeren Tarif mit der Bezeichnung MeinGesundheitsschutz Best versichert werden. Das gilt jedoch nicht, wenn für den Tarif des Kindes Annahmevergünstigungen gelten (etwa bei Gruppenversicherungsverträgen).

7. Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Sie können folgendermaßen kündigen:

7.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information der versicherten Person

Sie müssen in Textform (etwa Brief, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn Sie eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpassen, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigen Sie den Vertrag für eine versicherte Person, ist dies nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person davon weiß.

7.1.2 Gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorge

Sie können für eine versicherte Person kündigen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird. Der Vertrag endet rückwirkend zum Beginn der Versicherungspflicht. Dazu müssen wir Ihre Kündigung innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht erhalten.

Wenn wir Sie hierzu auffordern, müssen Sie die Versicherungspflicht innerhalb von 2 Monaten nachweisen. Die 2-Monatsfrist beginnt, sobald Sie unsere Aufforderung in Textform (etwa Brief, E-Mail) erhalten. Wenn wir den Nachweis erst später bekommen und Sie dafür nichts können, ist Ihre Kündigung aber wirksam.

Kündigen Sie erst nach 3 Monaten, endet der Vertrag mit Ablauf des Monats, in dem Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen.

In den folgenden Fällen haben Sie das gleiche Kündigungsrecht:
- gesetzlicher Anspruch auf Familienversicherung.
- Anspruch auf Heilfürsorge.

7.1.3 Nachweis der Folgeversicherung

Für eine Kündigung nach den Ziffern 7.1.4 bis 7.1.7 gilt zusätzlich: Wenn die versicherte Person in Deutschland wohnt, muss sie eine neue Krankheitskosten-Versicherung haben. Diese muss die Anforderungen nach § 193 Absatz 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz erfüllen. Die neue Versicherung muss unmittelbar nach Ende unseres Vertrags beginnen.

Sie können nur wirksam kündigen, wenn Sie uns die neue Versicherung nachweisen. Dazu müssen wir den Nachweis innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigung erhalten. Wenn Sie mit einer Frist von mehr als 2 Monaten kündigen, reicht es aus, wenn uns der Nachweis erst zum Kündigungstermin vorliegt.

Wir benötigen den Nachweis nur, wenn Sie für sich oder für eine Person kündigen, die Sie gesetzlich vertreten (etwa Kinder unter 18 Jahren).

7.1.4 Ordentliche Kündigung

Sie können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen Ihre Kündigung spätestens am 30. September des Kalenderjahrs erhalten, zu dessen Ende Sie kündigen wollen.

Sie können frühestens zum Ende des zweiten Kalenderjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach können Sie zu jedem Jahresende kündigen.

Wir rechnen bei einem Tarifwechsel die Dauer der vorherigen Versicherung auf die Mindestlaufzeit an.

7.1.5 Altersbedingte Beitragsänderung

Wenn sich der Beitrag wegen des Alters erhöht, können Sie für die Person kündigen, für die Sie mehr zahlen müssen. Wir müssen Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach der Beitragserhöhung erhalten. Der Vertrag endet zu dem Termin, ab dem Sie mehr zahlen müssen.

7.1.6 Erhöhung von Beitrag, Selbstbeteiligung oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, die Selbstbeteiligung oder einen Risikozuschlag wegen einer Änderung von Rechnungsgrundlagen, können Sie für die Person kündigen, für die Sie mehr zahlen müssen. Sie können auch kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:
- Wir müssen Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir Ihnen die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Der Vertrag endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

7.1.7 Ihr Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für eine versicherte Person anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, haben Sie ein Kündigungsrecht. Sie können damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen Ihre 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 Sie unsere Erklärung erhalten haben. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.2 Anspruch auf Übertragungswert

Wenn Sie kündigen und gleichzeitig woanders eine neue Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) abschließen, haben Sie folgenden Anspruch:

Sie können verlangen, dass wir die Alterungsrückstellung für die versicherte Person an den neuen Versicherer übertragen und zwar in Höhe des Übertragungswerts nach § 146 Absatz 1 Nummer 5 Versicherungsaufsichtsgesetz.

7.3 Wegzug

Der Vertrag gilt für die versicherte Person, solange diese in der Europäischen Union oder im Europäischen Wirtschaftsraum wohnt. Wenn wir nichts anderes vereinbaren, endet er mit Ablauf des Monats, in dem sie aus der Europäischen Union und dem Europäischen Wirtschaftsraum wegzieht.

7.4 Tod

Der Vertrag endet für alle versicherten Personen an dem Tag, an dem der Versicherungsnehmer stirbt. Stirbt eine versicherte Person, endet er für diese an ihrem Todestag.

7.5 Fortsetzung

7.5.1 Fortsetzung nach Ihrer Kündigung

Wenn Sie für einzelne versicherte Personen kündigen, können diese den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen sie uns innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung den neuen Vertragspartner nennen.

Wenn Sie für eine versicherte Person kündigen, können Sie beide den Vertrag nach § 204 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz als Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Die Mitteilung müssen wir innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigung erhalten.

7.5.2 Wechsel in gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorge

Bei einer Kündigung nach Ziffer 7.1.2 können Sie den Versicherungsschutz in eine Zusatzversicherung umstellen. Das Recht erfasst einen Tarif mit den gleichen Leistungsbereichen wie dieser Tarif.

Wir rechnen erworbene Rechte (etwa Gesundheitszustand) und die Alterungsrückstellung wie bei einem Tarifwechsel an. Für höhere oder umfassendere Leistungen des anderen Vertrags dürfen wir einen Risikozuschlag oder Leistungsausschluss und Wartezeiten verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Sie können die Umstellung innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der gesetzlichen Absicherung verlangen. Sie können auch später umstellen. Das setzt voraus, dass Sie später als 3 Monate nach Beginn der gesetzlichen Absicherung kündigen. Dann müssen Sie zusammen mit der Kündigung umstellen.

Wir stellen den Versicherungsschutz jeweils zu dem Zeitpunkt um, zu dem dieser Tarif beendet wird.

7.5.3 Vertragstrennung

Wenn Sie den Vertrag für eine andere Person abgeschlossen haben, hat diese Person das Recht, ihren Vertrag selbst fortzusetzen. Dies setzt voraus, dass die versicherte Person voll geschäftsfähig ist.

7.5.4 Tod des Versicherungsnehmers

Stirbt der Versicherungsnehmer, können die versicherten Personen den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen sie uns innerhalb von 2 Monaten den neuen Vertragspartner nennen. Die Frist beginnt mit dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers.

7.5.5 Fortsetzung nach Wegzug

Zieht die versicherte Person aus der Europäischen Union und dem Europäischen Wirtschaftsraum weg, können Sie mit uns vor dem Wegzug eine Fortsetzung nach Ziffer 2.10 vereinbaren. Das gilt auch, wenn Sie in ein europäisches Land ziehen, das nicht der Europäischen Union oder dem Europäischen Wirtschaftsraum angehört. Dazu zählt etwa die Schweiz.

Alternativ können wir vereinbaren, dass der Vertrag als Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

7.5.6 Rückkehr aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn die versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein soll und diese Versicherung nicht zustande kommt oder vor der erforderlichen Vorversicherungszeit endet, gilt:

Sie und die versicherte Person können nach § 5 Absatz 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die Versicherung bei uns wieder neu abschließen.

Das Recht auf Neuabschluss bedeutet vor allem:
- Wir nehmen den Antrag an.
- Wir machen keine neue Gesundheitsprüfung.
- Wir rechnen die Alterungsrückstellung an, die im früheren Vertrag gebildet worden ist.
- Es gelten die gleichen Vertragsbedingungen wie zur Zeit Ihrer Kündigung.

8. Sonstige Regelungen

8.1 Auskunft und Offenlegung

8.1.1 Auskunft vor Behandlungsbeginn

Wenn eine Behandlung ansteht, die mehr als 2.000 Euro kosten soll, können Sie davor folgende Auskunft von uns erhalten:

Wir nennen Ihnen den Umfang unserer Zahlung und begründen das in Textform (etwa Brief, E-Mail). Wenn Sie uns einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen gegeben haben, gehen wir auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens innerhalb von 4 Wochen. Wenn die Behandlung aber eilt, geben wir Ihnen die Auskunft spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen, sobald wir Ihre Anfrage erhalten.

Wenn wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir das Gegenteil beweisen.

8.1.2 Offenlegung von Unterlagen

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Die berechtigte Person erhält so Auskunft und kann die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch hat die Person, auf die sich die Unterlage bezieht. An ihrer Stelle ist ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Kosten dafür.

8.2 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.

8.3 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.

8.4 Verrechnung von Zahlungen

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

8.5 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.6 Beschwerdemöglichkeiten

8.6.1 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/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

8.6.2 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). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und versicherte Personen mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

8.6.3 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 sich auch an diese wenden.

8.6.4 Rechtsweg

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

9. Verzeichnis zu Vorsorge-Untersuchungen

Die folgenden Untersuchungen und Höchstbeträge sind nur für "MeinVorsorgeprogramm" relevant (siehe Ziffer 2.5). Das heißt:

- Wir erstatten die Kosten bis zu diesen Höchstbeträgen ohne Abzug der Selbstbeteiligung und
- Sie behalten Ihren Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach Ziffer 5.4.

Wenn Sie nicht an "MeinVorsorgeprogramm" teilnehmen, erstatten wir Ihnen die Kosten auch für andere Vorsorge-Untersuchungen und über die genannten Höchstbeträge hinaus. Dabei ziehen wir jedoch die Selbstbeteiligung ab. Eine Beitragsrückerstattung ist dann ausgeschlossen.

Leistung	Höchstbetrag
Gesundheits-Check-up für Personen ab 16 Jahren.	
Screening auf Chlamydien.	60,00 Euro je Kalenderjahr.
Gesundheits-Check-up für Personen ab 21 Jahren.	
Check-up Herz-Kreislauf-Gefäß.	550,00 Euro je Kalenderjahr.
Check-up Lunge.	80,00 Euro je Kalenderjahr.
Check-up Niere.	110,00 Euro je Kalenderjahr.
Screening auf Glaukom.	150,00 Euro je Kalenderjahr.
Screening auf Hepatitis B- und Hepatitis C-Virusinfektionen.	110,00 Euro je Kalenderjahr.
Screening auf Osteoporose.	60,00 Euro je Kalenderjahr.
Screening der Bauchschlagader für Männer.	100,00 Euro innerhalb von 5 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
Krebs-Früherkennung für Personen ab 21 Jahren.	
Krebsvorsorge - Darm - Darmspiegelung.	350,00 Euro innerhalb von 5 aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
Krebsvorsorge - Darm - Immunologischer Stuhltest.	70,00 Euro je Kalenderjahr.
Krebsvorsorge - Harnblase.	60,00 Euro je Kalenderjahr.
Krebsvorsorge - Haut.	150,00 Euro je Kalenderjahr.
Krebsvorsorge für Frauen.	210,00 Euro je Kalenderjahr.
Krebsvorsorge Frau - Mammografie.	200,00 Euro je Kalenderjahr.
Krebsvorsorge für Männer.	100,00 Euro je Kalenderjahr.