Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV MeineGesundheit 300 E (kurz: FF1ZX03E) – Einzelversicherung

Inhalt:

1 Versicherungsnehmer und versicherte Person..... 2

2 Versicherte Leistungen..... 2

2.1 Garantiertes Jahresbudget..... 2
2.2 Leistungserbringer und Honorargrenzen.. 2
2.3 Präventions-Leistungen und weitere ärztliche Versorgung..... 2
2.4 Heilpraktiker..... 3
2.5 Heilmittel..... 3
2.6 Hilfsmittel (ohne Brillen und Kontaktlinsen) 3
2.7 Kommunikationshilfen und Heimdialyse... 4
2.8 Arzneimittel und Verbandmaterialien..... 4
2.9 Zuzahlungen..... 5
2.10 Brillen, Kontaktlinsen und operative Sehschärfen-Korrekturen..... 5
2.11 Leistungen im Ausland..... 5
2.12 Leistungsausschlüsse und -reduzierung.. 6
2.13 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung..... 6
2.14 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden..... 6
2.15 Umfang des Versicherungsschutzes..... 7

3 Allgemeines zu unseren Zahlungen..... 7

3.1 Kostenbegriff..... 7
3.2 Zeitpunkt der Kosten..... 7
3.3 Recht auf die Leistungen..... 7
3.4 Nachweise, damit wir zahlen können..... 7
3.5 Hier müssen andere zuerst zahlen..... 7

4 Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten.. 7

5 Erforderliche Eigenschaft der versicherten Person (Aufnahmefähigkeit) 7

6 Beitrag und Beitragsänderungen..... 7

6.1 Beitragszahlung..... 7
6.2 Beitragsänderungen..... 8

7 Weitere Vertragsänderungen..... 8

7.1 Tarifwechsel..... 8
7.2 Versicherung von Kindern..... 8
7.3 Änderung der Vertragsbedingungen..... 8

8 Vertragsende und Fortsetzung..... 8

8.1 Kündigung..... 8
8.2 Wegzug..... 9
8.3 Tod..... 9
8.4 Fortsetzung..... 9

9 Sonstige Regelungen..... 9

9.1 Offenlegung..... 9
9.2 Ausländisches Geld..... 9
9.3 Kosten, die wir abziehen können..... 9
9.4 Verrechnung von Zahlungen..... 9
9.5 Erklärung „Versicherungsjahr“..... 9
9.6 Deutsches Recht..... 9
9.7 Beschwerdemöglichkeiten..... 9

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.

2.1 Garantiertes Jahresbudget

Wir erstatten sämtliche versicherte Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von 300 Euro.

Der Gesamtbetrag gilt je versicherte Person und Versicherungsjahr (garantiertes Jahresbudget).

2.2 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum oder in einem Krankenhaus als Angestellter oder Beamter tätig sein. Sie haben die freie Wahl unter allen Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes.	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die 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.
Honorargrenzen	Die Vergütung für ärztliche Leistungen erstatten wir bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte. Die Vergütung von Naturheilverfahren durch Heilpraktiker erstatten wir bis zu den im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker genannten Höchstbeträgen.	

2.3 Präventions-Leistungen und weitere ärztliche Versorgung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Vorsorge-Untersuchungen 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten Kosten für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen, auch über die gesetzlichen Programme hinaus. Das sind z.B. Untersuchungen zur Krebs-Früherkennung, internistische Check-ups, Untersuchungen zur Schwangerenvorsorge oder Sportlervorsorge.	
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	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
	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.	
Gesundheitskurse 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Gesundheitskurse. Das sind etwa Kurse zur Sucht-Prävention, Stress-Bewältigung und Bewegungs-Programme.	Die Kurse müssen nach § 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zertifiziert sein.
Ärztliche Behandlung 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen wie etwa Behandlungen, Beratungen und Untersuchungen. Wir erstatten auch Kosten für Naturheilverfahren z.B. nach dem Hufeland-Verzeichnis. Die Einschränkung der versicherten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Ziffer 2.15 gilt insoweit nicht. Soweit nicht anders vereinbart werden die Kosten für ambulante refraktive Chirurgie (das sind operative Sehschärfen-Korrekturen, etwa LASIK, LASEK, Femtolaser, Implantation von Intraokularlinsen) nicht erstattet.	

2.4 Heilpraktiker

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Heilpraktiker-Leistungen 100 Prozent der Kosten	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.	Es muss sich um Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker handeln.

2.5 Heilmittel

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Heilmittel 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Heilmittel, etwa Physiotherapie (beispielsweise Krankengymnastik, Massagen), Ergotherapie, Logopädie, Podologie, Kinesio-Taping oder die Teilnahme an anerkannten Übungsgruppen für Rehabilitations-Sport und Funktionstraining.	Die Behandlung muss von einem Arzt, Heilpraktiker oder einem Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden. In letztem Fall muss das Heilmittel von einem in Ziffer 2.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sein.

2.6 Hilfsmittel (ohne Brillen und Kontaktlinsen)

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Hilfsmittel 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für den Kauf oder die Miete von Hilfsmitteln (etwa orthopädische Einlagen, Hörhilfen, Bandagen, Körperersatzstücke wie	Das Hilfsmittel muss von einem in Ziffer 2.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sein.

	Perücken oder Prothesen, Krankenfahrstühle, Gehstützen und Rollatoren, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte). Wir erstatten auch die Kosten für die Anpassung, Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie für Ihre notwendige Unterweisung in den Hilfsmittelgebrauch. Nicht versichert sind Kosten für: - Reinigungs-, Pflege-, 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). - Hilfsmittel, zu deren Erstattung die soziale oder private Pflegeversicherung dem Grunde nach verpflichtet ist. Der Versicherungsschutz für Kommunikationshilfen ist in Ziffer 2.7 geregelt. Kosten für Brillen und Kontaktlinsen erstatten wir nach Ziffer 2.11.	Es muss außerdem im jeweils geltenden Hilfsmittel-Verzeichnis des Spitzenverbands Bund nach § 139 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch enthalten sein. Ausgenommen davon sind Hilfsmittel aus dem Pflege-Hilfsmittel-Verzeichnis auf Grundlage von § 78 des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (siehe auch mittlere Spalte links).

2.7 Kommunikationshilfen und Heimdialyse

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
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 gehören: Gebärdensprach-Dolmetscher, Schrift-Dolmetscher.	Die Kommunikationshilfe muss in § 3 Kommunikationshilfenverordnung enthalten sein.
Heimdialyse 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Heimdialyse-Pauschale (inklusive des Heimdialysegeräts).	Die Pauschale ist nach der Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blut-Reinigungsverfahren auf Grundlage von § 135 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch abrechnungsfähig.

2.8 Arzneimittel und Verbandmaterialien

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Arzneimittel und Verbandmaterialien 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Verbandmaterialien und Arzneimittel, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind. Dazu zählen auch ärztlich empfohlene, nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel. Außerdem erstatten wir die Kosten für Harntest- und Bluttest-Streifen - jeweils zum Selbsttest. Hierzu gehören nicht Schwangerschaftstests. Kosten für diätetische Nährstoffe und medikamentenähnliche Nährmittel erstatten wir nur unter einer der folgenden Voraussetzungen: • Der diätetische Nährstoff ist zwingend erforderlich, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. • Sie benötigen das medikamentenähnliche Nährmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr über den Magen-Darm-Trakt erforderlich ist (enterale Ernährung). Medikamentenähnliche Nährmittel im Sinne dieser Regelung sind Son-	Das Arzneimittel oder das Verbandmaterial muss von einem in Ziffer 2.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sein. Das Arzneimittel muss zugelassen, aus einer Apotheke bezogen worden und ein Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes sein. Wenn es sich nicht um Arzneimittel oder bestimmte Nährstoffe und Nährmittel aus der mittleren Spalte handelt, besteht keine Leistungspflicht für Nährmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel sowie für Mittel, die vorbeugend genommen werden. Das gilt auch für kosmetische Präparate und auch für den Fall, dass eines der Mittel oder der Nährstoff Ihnen verordnet worden ist und heilwirksame Stoffe enthält.

	dennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweißhydrolysate und Elementar-Diäten. • Sie benötigen das medikamentenähnliche Nährmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr außerhalb des Verdauungstrakts erforderlich ist (parenterale Ernährung). Die Ernährung erfolgt in der Regel über Spezial-Lösungen (zum Beispiel Wasser, Elektrolyte, Kohlenhydrate, Vitamine oder Spurenelemente), die über eine Vene verabreicht werden (intravenöse Zufuhr).	

2.9 Zuzahlungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Zuzahlungen zu gesetzlichen Leistungen und Vertragsleistungen des Basistarifs 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten Zuzahlungen, die Sie nach § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch zum Beispiel zu Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln leisten müssen. Dies gilt auch für die diesen entsprechenden Zuzahlungen aus dem Basistarif nach § 152 Versicherungsaufsichtsgesetz.	

2.10 Brillen, Kontaktlinsen und operative Sehschärfen-Korrekturen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen (Sehhilfen) 75 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für den Kauf und die Reparatur von Sehhilfen. Sehhilfen sind: • Brillengestelle und –gläser (also Brillen und Sonnenbrillen), • Kontaktlinsen und • Bildschirm-Arbeitsbrillen. Wir erstatten auch die Kosten für Kontaktlinsen-Pflegemittel.	Wir benötigen eine Verordnung des Augenarztes oder die Sehfehler-Bestimmung eines Optikers, jeweils mit Angabe des Dioptrien-Werts.
Operative Sehschärfen-Korrekturen (refraktive Chirurgie) 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für ambulante operative Sehschärfen-Korrekturen (etwa Lasik, Lasek, Femtolaser, Implantation von Intraokularlinsen).	

2.11 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen/andere versicherte Leistungen im Ausland	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten.	
Versicherte Länder Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 2 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. Wir zahlen auch für einen längeren Aufenthalt, sofern wir dies gesondert mit Ihnen vereinbart haben.	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen

2.12 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Sonstige Kosten in Deutschland sind angemessen, wenn sie nicht höher sind als bundesweit üblich. Kosten im Ausland sind angemessen, wenn sie dort ortsüblich sind.

2.13 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung wegen Krankheit oder Unfall	Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden. Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein. Wir leisten auch in diesen Fällen: • Sie werden wegen einer Schwangerschaft untersucht oder medizinisch notwendig behandelt und von Ihrem Kind entbunden. • Sie lassen sich nach Ziffer 2.3 vorsorglich untersuchen oder behandeln (Präventions-Leistung). • Es wird ein rechtmäßiger Schwangerschafts-Abbruch aus medizinisch notwendigen Gründen oder wegen eines Verbrechens durchgeführt.	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.
Beginn und Ende	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.	

2.14 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.

2.15 Umfang des Versicherungsschutzes

2.15.1 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.

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.

2.15.2 Bestandteile des Vertrags

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

2.15.3 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 Leistungen. 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.

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

3.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Die Tarifserie betriebliche KV MeineGesundheit E bietet ergänzende Leistungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Es gilt:

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:
- gesetzliche Krankenversicherung.
- 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.

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 diese Pflicht 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 Erforderliche Eigenschaft der versicherten Person (Aufnahmefähigkeit)

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland ist.

6 Beitrag und Beitragsänderungen

6.1 Beitragszahlung

6.1.1 Beitrag

Sie müssen einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht in Ihrem aktuellen Versicherungsschein.
Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

6.1.2 Zahlungstermine

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

Die folgenden Beiträge müssen Sie immer zum Monatsersten zahlen.

6.1.3 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, Fax, E-Mail) erteilen.

6.1.4 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.

6.2 Beitragsänderungen

Wir vergleichen einmal jährlich die erforderlichen Versicherungsleistungen mit den nach den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Das sind in beiden Fällen die Versicherungsleistungen aller Tarife der Tarifserie betriebliche KV MeineGesundheit E, die wir haben.

Wenn diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, überprüfen wir alle Rechnungsgrundlagen für den Beitrag.

Wenn sich diese nicht nur vorübergehend geändert haben, passen wir die technischen Berechnungsgrundlagen an die aktuellen Stände an und ändern entsprechend den Beitrag. Diese Anpassung setzt die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders voraus.

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

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

7 Weitere Vertragsänderungen

7.1 Tarifwechsel

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

7.2 Versicherung von Kindern

7.2.1 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.

7.2.2 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.

7.2.3 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.

7.3 Änderung der Vertragsbedingungen

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

7.3.1 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.

7.3.2 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.

8 Vertragsende und Fortsetzung

8.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Sie können folgendermaßen kündigen:

8.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information der versicherten Person

Sie müssen in Textform (etwa Brief, Fax, 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.

8.1.2 Ordentliche Kündigung

Sie können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres 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.

8.1.3 Erhöhung von Beitrag oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag oder einen Risikozuschlag 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.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

8.1.4 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.

8.2 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

8.3 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.

8.4 Fortsetzung

8.4.1 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.

8.4.2 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.

8.4.3 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 vereinbaren.

8.4.4 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.

9 Sonstige Regelungen

9.1 Offenlegung

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 Aufwendungen dafür.

9.2 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.

9.3 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.

9.4 Verrechnung von Zahlungen

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

9.5 Erklärung „Versicherungsjahr“

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

9.6 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

9.7 Beschwerdemöglichkeiten

9.7.1 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.

9.7.2 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.

9.7.3 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.

9.7.4 Rechtsweg

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

.