Versicherungsbedingungen Tarif betriebliche KV MeineGesundheit 300 Gruppenversicherung

1. Versicherte Leistungen 1

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen ... 6

3. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten 7

4. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können 7

5. Beitrag und Beitragsänderungen 7

6. Weitere Vertragsänderungen 7

6.1 Recht auf Beitragsbefreiung 7

6.2 Versicherung von Kindern 8
6.3 Änderung der Vertragsbedingungen 8

7. Vertragsende und Fortsetzung 8

7.1 Kündigung 8
7.2 Sonstiges Vertragsende 9
7.3 Fortsetzung 9

8. Sonstige Regelungen 9

8.1 Offenlegung 9
8.2 Ausländisches Geld 9
8.3 Kosten, die wir abziehen können 9
8.4 Verrechnung von Zahlungen 9
8.5 Erklärung "Versicherungsjahr" 9
8.6 Deutsches Recht 9
8.7 Beschwerdemöglichkeiten 9

1. Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Kosten für medizinische Leistungen und Gegenstände.

1.1 Höchstbeträge für unsere Erstattung

1.1.1 Garantierte Jahresbudgets

Wir erstatten Kosten für Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen (Sehhilfen) und operative Sehschärfen-Korrekturen (refraktive Chirurgie) bis zu einem Gesamtbetrag von 300 Euro. Der Gesamtbetrag gilt je Hauptversichertem und Versicherungsjahr (Ihr garantiertes Sehhilfe-Jahresbudget).

Sämtliche andere versicherte Leistungen erstatten wir zusätzlich bis zu einem Gesamtbetrag von 300 Euro. Der Gesamtbetrag gilt ebenfalls je Hauptversichertem und Versicherungsjahr (Ihr garantiertes Jahresbudget).

1.1.2 Verdoppelung der garantierten Jahresbudgets

Wir verdoppeln Ihre beiden garantierten Jahresbudgets gemeinsam für das Folgejahr und die weitere Versicherungszeit. Dafür müssen diese Voraussetzungen erfüllt sein:
- Sie sind mindestens ein volles Kalenderjahr in der Tarifserie betriebliche KV MeineGesundheit versichert.
- Sie haben für das vorangegangene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen bei uns beantragt.

In diesen Fällen nehmen wir die Verdoppelung zurück und es gelten wieder Ihre garantierten Jahresbudgets:
- Nach der Verdoppelung beantragen Sie bei uns Versicherungsleistungen für das Jahr vor Beginn der Verdoppelung. Dann nehmen wir die Verdoppelung beider Jahresbudgets rückwirkend zu ihrem Beginn zurück.
- Nach der Verdoppelung beantragen Sie bei uns Versicherungsleistungen für die Folgezeit. Dann nehmen wir die Verdoppelung beider Jahresbudgets mit Beginn des nächsten Kalenderjahrs zurück.

1.1.3 Anrechnung bereits erbrachter Leistungen auf die neuen Jahresbudgets

Wenn sich Ihre Versicherung unterjährig wie folgt ändert, rechnen wir mit Beginn der Änderung die bereits erbrachten Versicherungsleistungen auf die neuen Jahresbudgets an. Das gilt für jede dieser Vertragsänderungen:
- Es ändern sich Ihre garantierten Jahresbudgets.
- Es wird ein Tarifwechsel innerhalb der Tarifserie betriebliche KV MeineGesundheit durchgeführt.

B55198010Z0

1.2 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 Gebührenordnungen für Ärzte. Die Vergütung von Naturheilverfahren durch Heilpraktiker erstatten wir bis zu den im Ge-	

	bührenverzeichnis für Heilpraktiker genannten Höchstbeträgen.	

B55198022Z0

1.3 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 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 1.14 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.	

B55198024Z0

1.4 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 1.14 gilt insoweit nicht.	Es muss sich um Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker handeln.

B55198025Z0

1.5 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 1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sein.

1.6 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 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 1.7 geregelt. Kosten für Brillen und Kontaktlinsen erstatten wir nach Ziffer 1.10.	Das Hilfsmittel muss von einem in Ziffer 1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sein. 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).

1.7 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.

1.8 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 Sondennahrung, 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).	Das Arzneimittel oder das Verbandmaterial muss von einem in Ziffer 1.2 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.

1.9 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.	

B55198026Z0

1.10 Brillen, Kontaktlinsen und operative Sehschärfen-Korrekturen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen (Sehhilfen) 75 Prozent der Kosten, die auf Ihr garantiertes Sehhilfe-Jahresbudget (siehe Ziffer 1.1) ange-	Wir erstatten die Kosten für den Kauf und die Reparatur von Sehhilfen. Sehhilfen sind:	Wir benötigen eine Verordnung des Augenarztes oder die Sehfehler-Bestimmung eines Optikers, jeweils mit Angabe des Dioptrien-Werts.

rechnet werden. Sofern das vorhandene Sehhilfe-Jahresbudget weniger als der tarifliche Erstattungsbetrag beträgt, erstatten wir maximal den Rest aus dem Sehhilfe-Jahresbudget.	• Brillengestelle und -gläser (also Brillen und Sonnenbrillen), • Kontaktlinsen und • Bildschirm-Arbeitsbrillen. Wir erstatten auch die Kosten für Kontaktlinsen-Pflegemittel.	
Operative Sehschärfen-Korrekturen (refraktive Chirurgie) 100 Prozent der Kosten, die auf Ihr garantiertes Sehhilfe-Jahresbudget (siehe Ziffer 1.1) angerechnet werden. Sofern das vorhandene Sehhilfe-Jahresbudget weniger als der tarifliche Erstattungsbetrag beträgt, erstatten wir maximal den Rest aus dem Sehhilfe-Jahresbudget.	Wir erstatten die Kosten für ambulante operative Sehschärfen-Korrekturen (etwa Lasik, Lasek, Femtolaser, Implantation von Intraokularlinsen).	

B55198033Z0

1.11 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 6 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.	

1.12 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.

B55198034Z0

1.13 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.	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung

	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 1.3 vorsorglich untersuchen oder behandeln (Präventions-Leistung). • Es wird ein rechtmäßiger Schwangerschafts-Abbruch aus medizinisch notwendigen Gründen oder wegen eines Verbrechens durchgeführt.	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.	

B55198035Z0

1.14 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.

1.15 Umfang des Versicherungsschutzes

1.15.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

1.15.2 Bestandteile des Vertrags

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

1.15.3 Ende des Versicherungsschutzes

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

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

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

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

2.2 Zeitpunkt der Kosten

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

2.3 Recht auf die Leistungen

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

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

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

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

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

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

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:
- Name der behandelten Person.
- 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.

2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Die Tarifserie betriebliche KV MeineGesundheit 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.

3. Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen 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.

4. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5. Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

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

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

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

5.1.4 Tagesbeitrag

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

5.2 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, 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 sie nach den technischen Berechnungsgrundlagen an die aktuellen Stände an und ändern entsprechend den Beitrag. Diese Anpassung setzt die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders voraus.

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

B55198037Z0

6. Weitere Vertragsänderungen

6.1 Recht auf Beitragsbefreiung

6.1.1 Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann eine vorübergehende Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung verlangen. Das bedeutet:
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.
- Sie behalten in dieser Zeit aber Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Die Beitragsbefreiung kann in diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, vereinbart werden:
- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Familien-Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt ("Sabbatical").

6.1.2 Dauer der Beitragsbefreiung

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, muss der Beitrag ab diesem Tag nicht mehr bezahlt werden. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, gilt die Beitragsbefreiung erst ab dem nächsten Monat.

Die Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung kann für jeweils höchstens 36 Monate verlangt werden. Vor Ablauf dieser Frist endet die Beitragsbefreiung mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft. Der Versicherungsnehmer muss ab dem nächsten Monat den dann gültigen Beitrag zahlen.

B55198038Z0

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.
- 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

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.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

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

6.3.1 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.

6.3.2 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.

7. Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann zusätzlich zum Gruppenversicherungsvertrag folgendermaßen kündigen:

7.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

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

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

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

7.1.2 Ordentliche Kündigung

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

7.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

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

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

7.1.4 Recht auf Gegenkündigung

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

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

7.2 Sonstiges Vertragsende

7.2.1 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.2.2 Tod

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

7.3 Fortsetzung

7.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

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

7.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

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

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

8. Sonstige Regelungen

8.1 Offenlegung

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. 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.

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 Erklärung "Versicherungsjahr"

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

8.6 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.7 Beschwerdemöglichkeiten

8.7.1 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.

8.7.2 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

8.7.3 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.

8.7.4 Rechtsweg

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

B55198040Z0