

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

M ED Komfort-U

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.



Was ist versichert?

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen.

- ✓ 80% für ambulante Behandlung, maximal 2.000 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren, für
 - Heilpraktiker,
 - privatärztliche Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren",
 - verordnete Arzneimittel, sowie Zuzahlungen,
 - Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen.
- ✓ 100% für Sehhilfen, maximal 300 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.
- ✓ 100% für Laser-OP zur Sehschärfekorrektur, maximal 1.000 Euro. Erneuter Anspruch besteht nach 5 Jahren und nur zweimal innerhalb der Vertragslaufzeit.
- ✓ 80% für Hörhilfen, maximal 500 Euro innerhalb von 5 Versicherungsjahren.
- ✓ Beitragsfreiheit für neugeborene Kinder in den ersten 4 Monaten.



Was ist nicht versichert?

- X Krankheitskosten für stationäre Heilbehandlung
- X Krankheitskosten für zahnärztliche Behandlung
- X Krankenhaustagegeld
- X Krankentagegeld
- X Pflegekosten und Pfl egetagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.
- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.
- ! Leistungen für Entbindung innerhalb der Wartezeit von 8 Monaten und übrige Leistungen innerhalb der Wartezeit von 3 Monaten.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! Die Leistungen für Laser-OP sind in den ersten 3 Jahren auf bestimmte Beträge begrenzt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.
- ✓ Darüber hinaus haben Sie bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt weltweiten Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?
Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter "Gesundheitsfragen" stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben.
- Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?
Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln wollen oder müssen. Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.
- Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?
Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet wenn:
 - der Vertrag gekündigt wird
 - die versicherte Person stirbt
 - die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
 - die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Versicherungsbeginn mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag kündigen.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

AXA Krankenversicherung AG Deutschland 4095

M ED Komfort Start-U

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über ihre Krankenversicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Bitte lesen Sie sich alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung.



Was ist versichert?

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen.

- ✓ 80% für ambulante Behandlung, maximal 2.000 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren, für
 - Heilpraktiker,
 - privatärztliche Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren",
 - verordnete Arzneimittel, sowie Zuzahlungen,
 - Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen.
- ✓ 100% für Sehhilfen, maximal 300 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren.
- ✓ 100% für Laser-OP zur Sehschärfekorrektur, maximal 1.000 Euro. Erneuter Anspruch besteht nach 5 Jahren und nur zweimal innerhalb der Vertragslaufzeit.
- ✓ 80% für Hörhilfen, maximal 500 Euro innerhalb von 5 Versicherungsjahren.
- ✓ Beitragsfreiheit für neugeborene Kinder in den ersten 4 Monaten.



Was ist nicht versichert?

- X Krankheitskosten für stationäre Heilbehandlung
- X Krankheitskosten für zahnärztliche Behandlung
- X Krankenhaustagegeld
- X Krankentagegeld
- X Pflegekosten und Pfl egetagegeld



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:

- ! Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Vorsatz beruhen.
- ! Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten erstattet werden.
- ! Leistungen für Entbindung innerhalb der Wartezeit von 8 Monaten und übrige Leistungen innerhalb der Wartezeit von 3 Monaten.

Eingeschränkter Versicherungsschutz:

- ! Die Leistungen für Laser-OP sind in den ersten 3 Jahren auf bestimmte Beträge begrenzt.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums.
- ✓ Darüber hinaus haben Sie bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt weltweiten Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?
Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter "Gesundheitsfragen" stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben.
- Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?
Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln wollen oder müssen. Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.
- Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?
Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen.
- Die Beiträge sind jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches des monatlichen Beitrags für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.
- Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet wenn:
 - der Vertrag gekündigt wird
 - die versicherte Person stirbt
 - die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums aufgibt
 - die versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Heilfürsorge ausscheidet.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Versicherungsbeginn mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag kündigen.

**Produktinformationsblatt
Tarif MED Komfort-U
der AXA Krankenversicherung AG**

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankheitskostenversicherung.

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

MED Komfort-U ist eine Zusatzversicherung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge. Wir erstatten die Aufwendungen für Sehhilfen für 100 % bis zu 300 Euro innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren, sowie die Kosten einer Laser-OP an beiden Augen bis zu 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit (mit einer Begrenzung in den ersten 3 Jahren).

Erstattet werden 80 % der Kosten für ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte für „Naturheilverfahren“, für verordnete Arzneimittel, für Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, sowie 80 % der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen – insgesamt bis 2.000 Euro innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.

Zudem erstatten wir 80 % der Kosten für Hörgeräte bis zu 500 Euro innerhalb von 5 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.

Es gibt eine Wartezeit von 3 Monaten (8 Monate bei Entbindung). Details entnehmen Sie bitte dem Tarifblatt.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0-19	12,00	48	27,72
20	20,56	49	27,85
21	20,83	50	27,97
22	21,11	51	28,07
23	21,41	52	28,16
24	21,69	53	28,24
25	21,97	54	28,31
26	22,22	55	28,37
27	22,47	56	28,43
28	22,71	57	28,49
29	22,94	58	28,55
30	23,17	59	28,59
31	23,40	60	28,64
32	23,63	61	28,67
33	23,85	62	28,69
34	24,09	63	28,71
35	24,33	64	28,71
36	24,56	65	28,06
37	24,80	66	28,08
38	25,05	67	28,09
39	25,31	68	28,11
40	25,58	69	28,12
41	25,86	70	28,14
42	26,16	71	28,15
43	26,46	72	28,17
44	26,75	73	28,19
45	27,03	74	28,21
46	27,31	75	28,24
47	27,57		

Die Prämie ist jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen. Wenn Sie die erste Prämie nicht oder verspätet bezahlen, haben wir das Recht, bis zur Zahlung der Erstprämie vom Vertrag zurückzutreten und eine angemessene Gebühr zu verlangen. Wird der Rücktritt von Seiten des Versicherers erklärt, so gilt der Versicherungsvertrag als nicht zustande gekommen und es besteht für Sie kein Versicherungsschutz. Wird eine oder werden mehrere Folgeprämien nicht oder verspätet gezahlt, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist. Zahlen Sie bis Ablauf dieser Frist nicht, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen zur Leistungsfreiheit hinsichtlich einzelner Versicherungsfälle bis hin zur Kündigung des Versicherungsvertrages mit endgültigem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung (MBKK) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten.



Produktinformationsblatt Tarif MED Komfort Start-U der AXA Krankenversicherung AG

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankheitskostenversicherung.

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

MED Komfort Start-U ist eine Zusatzversicherung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge. Wir erstatten die Aufwendungen für Sehhilfen zu 100 % bis zu 300 Euro innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren, sowie die Kosten einer Laser-OP an beiden Augen bis zu 1.000 Euro während der Vertragslaufzeit (mit einer Begrenzung in den ersten 3 Jahren).

Erstattet werden 80 % der Kosten für ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte für „Naturheilverfahren“, für verordnete Arzneimittel, für Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, sowie 80 % der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen – insgesamt bis 2.000 Euro innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.

Zudem erstatten wir 80 % der Kosten für Hörgeräte bis zu 500 Euro innerhalb von 5 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.

Es gibt eine Wartezeit von 3 Monaten (8 Monate bei Entbindung). Details entnehmen Sie bitte dem Tarifblatt.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Die Prämien im MED Komfort Start-U sind durch den Verzicht auf Alterungsrückstellungen besonders günstig. Daher steigen mit zunehmendem Alter des Kunden seine Beiträge. Dies geschieht jeweils zu Beginn des Jahres, in welchem der Kunde die nächsthöhere Altersklasse erreicht.

Die monatliche Prämie (Stand 4/2016) je versicherter Person beträgt je nach Alter:

0 – 14	12,00 EUR
15 – 19	12,00 EUR
20 – 34	15,92 EUR
35 – 44	18,93 EUR
45 – 54	24,96 EUR
ab 55	34,25 EUR

Sie haben das Recht, jederzeit in den Tarif MED Komfort-U umzustellen, der Alterungsrückstellungen enthält und damit keine Erhöhung der Prämien aufgrund des Älterwerdens vorsieht.

Die Prämie ist jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im voraus zu zahlen. Wenn Sie die erste Prämie nicht oder verspätet bezahlen, haben wir das Recht, bis zur Zahlung der Erstprämie vom Vertrag zurückzutreten und eine angemessene Gebühr zu verlangen. Wird der Rücktritt von Seiten des Versicherers erklärt, so gilt der Versicherungsvertrag als nicht zustande gekommen und es besteht für Sie kein Versicherungsschutz. Wird eine oder werden mehrere Folgeprämien nicht oder verspätet gezahlt, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist. Zahlen Sie bis Ablauf dieser Frist nicht, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen zur Leistungsfreiheit hinsichtlich einzelner Versicherungsfälle bis hin zur Kündigung des Versicherungsvertrages mit endgültigem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie und der folgenden Prämien können Sie dem beigelegten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung (MBKK) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten.



**Produktinformationsblatt
Tarif MED (EG 080-U)
der AXA Krankenversicherung AG**

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern. Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankheitskostenversicherung.

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Tarif MED (EG 080-U) ist als Zusatzversicherung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge konzipiert. Die Versicherung erstattet 80 % der Kosten für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und Heilpraktiker, sowie für verordnete Arznei- und Verbandmittel sowie Zuzahlungen bis maximal 500 Euro je Kalenderjahr. Wir erstatten die Aufwendungen für Sehhilfen zu 80 % bis zu 130 Euro innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren. Die unter den Versicherungsschutz fallenden Aufwendungen sind insoweit erstattungsfähig, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden. Im Versicherungsschutz enthalten ist eine Reisekrankenversicherung bis zu 42 Tage inklusive dem medizinisch notwendigen Rücktransport.

Sofern es sich um einen Ausbildungstarif handelt, erkennen Sie das an der Bezeichnung „A“ hinter der Tarifbezeichnung: EG 080-UA.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Alter	Beitrag	Beitrag (UA)	Alter	Beitrag
0-19	5,68	-	48	10,79
20	6,30	2,54	49	10,90
21	6,44	2,54	50	11,01
22	6,58	2,54	51	11,12
23	6,73	2,59	52	11,22
24	6,88	2,63	53	11,31
25	7,04	2,72	54	11,41
26	7,20	2,76	55	11,42
27	7,37	2,82	56	11,42
28	7,54	2,96	57	11,44
29	7,71	3,13	58	11,44
30	7,88	3,28	59	11,45
31	8,05	3,47	60	11,46
32	8,22	3,64	61	11,48
33	8,39	3,79	62	11,49
34	8,56	3,99	63	11,49
35	8,73	-	64	11,49
36	8,91	-	65	11,23
37	9,08	-	66	11,23
38	9,25	-	67	11,23
39	9,43	-	68	11,23
40	9,60	-	69	11,23
41	9,77	-	70	11,23
42	9,94	-	71	11,23
43	10,11	-	72	11,23
44	10,26	-	73	11,23
45	10,41	-	74	11,23
46	10,55	-	75	11,23
47	10,68	-		

Die Prämie ist jeweils zum Ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen. Wenn Sie die erste Prämie nicht oder verspätet bezahlen, haben wir das Recht, bis zur Zahlung der Erstprämie vom Vertrag zurückzutreten und eine angemessene Gebühr zu verlangen. Wird der Rücktritt von Seiten des Versicherers erklärt, so gilt der Versicherungsvertrag als nicht zustande gekommen und es besteht für Sie kein Versicherungsschutz. Wird eine oder werden mehrere Folgeprämien nicht oder verspätet gezahlt, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist. Zahlen Sie bis Ablauf dieser Frist nicht, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen zur Leistungsfreiheit hinsichtlich einzelner Versicherungsfälle bis hin zur Kündigung des Versicherungsvertrages mit endgültigem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigegeführten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung (MBKK) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluss zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z.B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen wollen. Werden wir nicht unterrichtet, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG fristlos kündigen (s.a. § 9 Abs. 5 i.V.m. § 10 Abs. 2 MBKK). Oder Sie verlieren ganz oder teilweise Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG genannten Einschränkungen (s.a. § 9 Abs. 5 i.V.m. § 10 Abs. 1 MBKK). Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Des weiteren sollten Sie natürlich auch alle Handlungen unterlassen, die unter Umständen Ihrer Genesung hinderlich sind. Die §§ 9 und 11 MBKK enthalten noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MBKK und § 11 MBKK bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt nach Erhalt des Versicherungsscheines und mit Zahlung des Erstbeitrages und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende kündigen. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 13 der MBKK.



Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die AXA Krankenversicherung AG, Colonia Allee 10-20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln, eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer HR B Nr. 1012.

Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte der Fußzeile des Schreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

Unsere ausschließliche Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der Kranken- und Pflegeversicherung.

2. Weitere Ansprechpartner

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers finden Sie auf dem Anschreiben zu unserem Angebot, dem Vorschlag oder dem Ihnen ausgehändigten Antragsvordruck. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

a) Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

b) Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingeht. Bitte beachten Sie die Fristen nach Ziffer 4.

c) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Ablauf von im Tarif bezeichneten Wartezeiten.

4. Gültigkeit der Informationen und Angebote

Sofern die AXA Krankenversicherung AG die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen oder evtl. Angebote begrenzt hat, finden Sie in den jeweiligen Dokumenten einen entsprechenden Hinweis. Im übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung im Fall von Ziffer 3 a) bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins und im Fall von Ziffer 3 b) bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Abgabe Ihrer Annahmeerklärung ohne Angaben von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nur, wenn Sie den Versicherungsschein und alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Eine Erklärung in Textform (z.B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Der Widerruf ist zu richten an AXA Krankenversicherung AG, Colonia Allee 10-20, 51067 Köln, Postanschrift: 50592 Köln.

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

Der Vertrag wird, sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält, auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die vertraglich vereinbarte Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte den allgemeinen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewünschten Tarife. Art und Umfang der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte dem Angebot nebst den ausgehändigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen der gewünschten Tarife. Im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen. Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die AXA Krankenversicherung AG Mitglied folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 124, 127 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln

Telefon: 0221 9987-0
Telefax: 0221 9987-3952

8. Gesamtpreis der Versicherung

Die zu zahlenden Prämien für die von Ihnen gewünschten Tarife entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Produktinformationsblatt. Diese gelten vorbehaltlich der Risikoprüfung.

9. Zahlung und Erfüllung

Die Prämie ist, sofern nichts anderes vereinbart wurde, monatlich jeweils zum Ersten eines jeden Monats zu zahlen. Die erste Beitragsrate ist zum Versicherungsbeginn, frühestens aber unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen ab Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Üblicher Zahlungsweg ist das Lastschriftinzugsverfahren.

10. Beendigung des Vertrages

Die AXA Krankenversicherung AG verzichtet grundsätzlich auf das ordentliche Kündigungsrecht. Dies gilt für die Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung nur, wenn diese in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung (substitutive Krankenversicherung) bestehen.

Sie können einen Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber nach Ablauf einer ggfls. vertraglich vereinbarten Mindestvertragsdauer kündigen.

Dieses Kündigungsrecht gilt ab dem 01.01.2009 mit der Einschränkung, dass, sofern das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient, die Kündigung voraussetzt, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein entsprechender neuer Vertrag abgeschlossen wird. Dabei wird die Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Weitere bzw. abweichende Möglichkeiten zur Kündigung Ihres Versicherungsvertrages sowie sonstige Beendigungsgründe entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

11. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Sowohl auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis als auch auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung. Klagen aus dem Versicherungsverhältnis können bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht erhoben werden. Für den Fall, dass eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Vertragsschluss aus Deutschland verlegt hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, wird die Zuständigkeit der verbleibenden deutschen Gerichtsstände der anderen Partei vereinbart.

12. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt.

13. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns bitte schriftlich oder rufen Sie uns an unter der Rufnummer 0221 148-41 000.

a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung,
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin

Telefon: 0800 2 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)
Telefax: 030 20 45 89 31

www.pkv-ombudsmann.de

b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Postfach 1253, 53002 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.



Vertragsgrundlage 001

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes
der privaten Krankenversicherung
(MB/KK 2009) §§ 1 – 20

Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung
AG (TB 2012) Nr. 1 – 58

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden – soweit sich aus § 4 MB/KK 2009 einschließlich der TB 2012 nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden – bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten, wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

a) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

Nr. 2 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

Nr. 3 Sonstige Versicherungsfälle

Als Versicherungsfall gilt auch die Behandlung wegen eines unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern (künstliche Befruchtung/Insemination), soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind. Als Versicherungsfall gilt auch die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

Nr. 4 Vorsorgeuntersuchungen

Die in den gesetzlich eingeführten Programmen vorgesehenen Altersgrenzen für Erwachsene brauchen nicht eingehalten zu werden.

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

cherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Nr. 5 Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Europäischen Union (EU) und dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 besteht während der ersten 6 Monate des Aufenthaltes in dem Land der EU bzw. des EWR, in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrunde gelegt werden.

Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 57 Abs. 2 TB 2012). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

Nr. 6 Weltgeltung außerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

(1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach einer Versicherungsdauer von 12 Monaten in einer Krankheitskostenversicherung beim Versicherer auch auf das außereuropäische Ausland; für Aufenthalte bis zu 6 Wochen im außereuropäischen Ausland besteht bereits in den ersten 12 Monaten Versicherungsschutz.

Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb EU/EWR besteht unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer über eine Postanschrift in Deutschland sowie eine deutsche Kontoverbindung verfügt, weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht.

a) Während der ersten 6 Monate besteht der Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung.

b) Bei einem Aufenthalt über 6 Monate hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 57 Abs. 2 TB 2012). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(2) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 57 Abs. 1 TB 2012 entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

(3) Kein Versicherungsschutz besteht ab dem 7. Monat eines Auslandsaufenthaltes, sofern keine besondere Vereinbarung gemäß Abs. 1 oder 2 zwischen dem Versicherten und dem Versicherer getroffen wurde.

(4) Ist es dem Versicherten, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 b) fristgerecht zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.



(5) Ein gemäß Abs. 2 vereinbarter Beitragszuschlag entfällt mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes. Bei Rückkehr in die EU oder den EWR kann unter den in Nr. 5 TB 2012 genannten Voraussetzungen erneut ein Zuschlag erhoben werden.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Altersrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG –siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Nr. 7a Kindernachversicherung

Sind beide Elternteile beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltstufe vorhanden ist.

Nr. 7b Wegfall der Vorversicherungszeit eines Elternteils beim Versicherer (Frühgeburtenregelung)

Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Nr. 7c Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherer versichert das Neugeborene wie geboren. Bei der Kindernachversicherung gilt Nr. 6 Abs.1 Satz 1 nicht, sofern der bei uns versicherte Elternteil bereits einen Anspruch auf uneingeschränkten Versicherungsschutz außerhalb EU/EWR hat. Im Übrigen bleibt Nr.6 unberührt.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- bei Unfällen,
 - für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerchaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 8 Wartezeitverzicht

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung aller Wartezeiten, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

Nr. 9 Medizinische Versorgungszentren

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte (oder Zahnärzte) gewählt werden, die die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

Nr. 10 Leistungserbringer im Gesundheitswesen

(1) Erstattungsfähig sind auch Leistungen von freiberuflichen Hebammen, Entbindungspflegern sowie von liquidationsberechtigten Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- bzw. Heilhilfsberufe).

(2) Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den ärztlichen Psychotherapeuten sowie den approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

(3) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Nr. 11 Sozialpädiatrie und Frühförderung

(1) Aus der Versicherung eines Kindes sind Aufwendungen für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung und/oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringern vereinbart hat, erstattungsfähig.

Voraussetzung ist, dass kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht. Der Dienstherr als Beihilfetragender gilt nicht als Kostenträger.

(2) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für heilpädagogische Maßnahmen.

Nr. 12 Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind auch ambulante Operationen.



Nr. 13 Häusliche Krankenpflege

(1) Krankenhausvermeidungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch Pflegekräfte, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Leistungen in diesem Sinne sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI nicht erstattungsfähig.

Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

- Für häusliche Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung gilt:

Vergütungen bis max. 50 Euro täglich für höchstens 14 Tage je Behandlungsfall sind erstattungsfähig.

- Für die Behandlungspflege gilt:

Hat der Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen, sind die Kosten in dieser Höhe erstattungsfähig. Ist die Leistung nicht Inhalt des Versorgungsvertrages mit einer gesetzlichen Krankenversicherung oder besteht keiner, werden die Kosten entsprechend der Leistungsübersicht für Behandlungspflege angesetzt.

Die Kosten werden für höchstens 28 Tage je Versicherungsfall erstattet.

(2) Sicherungspflege

Eine Behandlungspflege, die zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erfolgt, ist nur erstattungsfähig, soweit diese Maßnahmen nicht durch eine im Haushalt lebende Person bzw. private Pflegeperson sichergestellt werden kann und die Leistungen durch Pflegefachkräfte erbracht werden.

Hat der Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen, sind die Kosten in dieser Höhe erstattungsfähig. Ist die Leistung nicht Inhalt des Versorgungsvertrages oder besteht keiner, werden die Kosten entsprechend der Leistungsübersicht für Behandlungspflege angesetzt. Grundpflege und häusliche Versorgung sind nicht erstattungsfähig.

Bei den Leistungen der Beatmungspflege wird der festgestellte Pflegeaufwand in Minuten zu 100 % angerechnet.

(3) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der vertraglichen Leistungsübersicht Behandlungspflege genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10 % von den letztgültigen Höchstpreisen der Leistungsübersicht ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Leistungsübersicht im selben Verhältnis anpassen. Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V. Anspruchsberechtigt sind Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

(2) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen. Anspruch auf Erstattung der Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen.

(3) Voraussetzung ist, dass die Verordnung auch Angaben zu der voraussichtlichen Behandlungsdauer enthält. Erfolgt die Verordnung durch Krankenhausärzte, darf sie 7 Tage nicht überschreiten.

(4) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

a) von Ärzten im Rahmen der GOÄ und

b) von Fachkräften für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend der Vereinbarung, die der Leistungserbringer mit einer Gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen hat, anerkannt.

(5) Leistungen einer Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.

(6) Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen. Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob nicht eine anderweitige ambulante Versorgung ausreichend ist.

Nr. 15 Soziotherapie

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Soziotherapie (ambulante Betreuung (chronisch) psychisch erkrankter Menschen), wenn

a) die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und

b) dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Personen, die in betreuten Wohngemeinschaften leben oder in vergleichbaren Einrichtungen betreut werden, haben keinen Anspruch auf Soziotherapie. Während einer stationären Krankenhausbehandlung oder während der Unterbringung in einem Pflegeheim oder Hospiz besteht ebenfalls kein Anspruch auf Soziotherapie.

(2) Voraussetzung ist die Vorlage einer Verordnung und eines Behandlungsplanes durch einen Arzt für Psychotherapie.

(3) Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.

(4) Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Wird die Soziotherapie durch eine Fachkraft erbracht, wird für eine Einzeltherapie (Dauer 60 Minuten) maximal ein Rechnungsbetrag in Höhe von 39,50 Euro anerkannt. Bei einer Gruppentherapie (Dauer 60 Minuten) beträgt der maximal anzuerkennende Rechnungsbetrag 20 Euro (bei 2-3 Teilnehmern) bzw. 17 Euro (bei 4-6 Teilnehmern).

(5) Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise die genannten Geldbeträge anzupassen.

Nr. 16 Haushaltshilfe

(1) Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage Aufwendungen für eine Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen

a) Krankenhausbehandlung,

b) Anschlussheilbehandlung,

c) Schwangerschaft und Entbindung,

d) häuslicher Behandlungspflege.

(2) Der Anspruch setzt voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

(3) Der Anspruch besteht für höchstens 14 Tage je Versicherungsfall und ist auf 50 Euro/Tag begrenzt.

Nr. 17 Künstliche Befruchtung

Soweit tariflich vorgesehen, sind Aufwendungen für Behandlungen wegen unerfüllten Wunsches nach eigenen Kindern, künstliche Befruchtung/Insemination unter der Voraussetzung erstattungsfähig, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,

- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und

- eine deutliche Erfolgsaussicht (größer 15 %) besteht.

Ein Leistungsanspruch besteht für

- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder

- bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder

- bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).



Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für künstliche Befruchtung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem sonstigen Leistungsträger einschließlich der Beihilfe oder bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

Nr. 18 Gebührenordnungen

Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Hebammen sowie die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

Nr. 19 Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

(1) Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste des versicherten Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

(2) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10 % von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen. Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 20 Gebühren bei Behandlung im Ausland

Die Nummern 18 und 19 TB 2012 gelten nicht für Behandlungen im Ausland. Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig, soweit die Berechnung nach den dort geltenden Abrechnungsbestimmungen erfolgt. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

Nr. 21 Bezug von Arzneimitteln

Die Arzneimittel müssen aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Nr. 22 Definitionen

(1) Nahrungsmittel gelten nicht als Arzneimittel.

Als Arzneimittel gelten insbesondere auch nicht:

- Empfängnisverhütende Mittel (z. B. Ovulationshemmer), es sei denn, es liegt eine Grunderkrankung vor
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts, Abführmittel,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die im Rahmen von Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z. B. Faltenglättung) eingesetzt werden,

- Vitaminpräparate mit Ausnahme von Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelerkrankungen,

- Stärkungsmittel,

- kosmetische Mittel, Pflegemittel, Badezusätze sowie Mineralwässer, auch wenn sie von einem Leistungserbringer im Gesundheitswesen verordnet sind.

Nach ärztlicher Verordnung sind die Aufwendungen für Sondennahrung (enterale) und parenterale Ernährung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

(2) Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie, Logopädie und Podologie. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen. Außerdem sind bei einer Schwangerschaft ein Schwangerschaftsgymnastik- sowie ein Rückbildungsgymnastikkurs sowie die Kosten des Geburtsvorbereitungskurses bis zum 2.0-fachen Erstattungssatz im Rahmen der HebGV erstattungsfähig.

(3) Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen, Geräte die am Patienten für therapeutische Zwecke angewendet werden (Therapiegeräte) sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Hierzu zählen nicht Pflegehilfsmittel, die dem Bereich der Pflegeversicherung zuzuordnen sind.

a) Erstattungsfähig sind folgende Hilfsmittel:

1. Sehhilfen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel), elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450 Euro), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1.450 Euro pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;
 2. Orthopädische Hilfsmittel; z. B. orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25 Euro an), orthopädische Schuhszurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist; Orthesen, Bandagen;
 3. Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen, künstliches Auge), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 520 Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Alopezia totalis, Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;
 4. Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, Milchpumpen, enterale Ernährung und Zubehör;
 5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Beatmungsgeräte;
 6. Überwachungsmonitore (z.B. Pulsoximeter, Herzüberwachungsmonitore), Insulin-, Infusions- und Schmerzpumpen, Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu- Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Bettnässertherapiegerät (bis max. 120 Euro);
 7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergikerbettwäsche (= Encasings, bis max. 200 Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung – nicht aber der Unterhalt eines Blindenhundes;
 8. Bewegungsschienen (max. 600 Euro pro Versicherungsfall) und Tens-/EMS-Geräte (bis max. 150 Euro pro Gerät);
 9. Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen erforderlich ist.
- b) Weitere Hilfsmittel, die im Einzelfall medizinisch notwendig sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu begrenzen oder zu vermeiden, werden in funktioneller Standardausführung übernommen.
- c) Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Reparatur und Wartung der Hilfsmittel nach a) und b) sowie die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch.
- d) Leistungen anderer Kostenträger werden auf unsere Leistungen angerechnet.



e) Ausgeschlossen sind Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind, sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z.B. Matratzen, Autositze) sowie die Unterhalts- bzw. Betriebskosten für Hilfsmittel wie z. B. Strom oder Batterien.

f) Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, die genannten Geldbeträge anzupassen.

(4) Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen

Impfkommission des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.

(5) Für Erst- und Folgeschulungen erstattet der Versicherer bei einer ärztlich bestätigten Erkrankung, wie zum Beispiel Diabetes und Asthma, die Aufwendungen, die gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hierfür abrechnungsfähig sind.

(6) Für Organtransplantationen/Knochenmarkspenden leistet der Versicherer im Rahmen der jeweils geltenden Selbstverpflichtungserklärung des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen, sofern für die versicherte Person eine aktive Krankenvollversicherung besteht.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Nr. 23 Leistungshöchstgrenzen

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflege-satzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Höhe des erstattungsfähigen Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Privatkliniken

Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflege-satzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50 % überschreiten.

Verfügt die Klinik nicht über eine mit einer Hauptabteilung eines Plan-krankenhauses vergleichbaren Abteilung, gilt als Vergleichsmaßstab der reduzierte Erstattungssatz nach dem Krankenhausentgeltgesetz.

(3) Der Versicherer verzichtet bei Krankenhausaufenthalten im Aus-land auf die Anwendung von Abs. 2.

Nr. 24 Besondere Unterbringungsformen

(1) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Kran-kenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behand- lung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

(2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhält- nissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

(3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 25 Vor- und Nachuntersuchung

Der Versicherer leistet im Rahmen einer stationären Behandlung für je eine medizinisch notwendige ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Kranken- anstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Vorausset- zungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 26 Verzicht auf Zusage bei Krankenanstalten nach § 4 Abs. 5 (Gemischte Anstalten)

(1) Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder

- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Um- gebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war.

(2) Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizi- nisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.

Nr. 27 Anschlussheilbehandlung (stationär)

(1) Die Kosten werden bei den unten aufgeführten Diagnosen/Be- handlungen ebenfalls ohne vorherige schriftliche Leistungszusage im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung erstattet, wenn die Anschlussheilbe- handlung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkran- kenhaus beginnt, wobei der Entlassungstag bei der Berechnung der Frist nicht mitzählt:

- Herztransplantationen

- Bypassoperationen

- akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt

- Bandscheibenoperationen

- Gelenkersatzoperationen

- Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall)

- schweren Schädel-Hirnverletzungen

- Nierentransplantation

- Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen.

Die Frist von 4 Wochen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen verlängert werden.

(2) Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehabilitationsträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitations- träger.

Nr. 28 Anschlussheilbehandlung (ambulant)

(1) Anstelle einer stationären Anschlussheilbehandlung sind Aufwen- dungen für eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erstattungsfä- hig. Sie umfasst die ärztliche Beratung/Betreuung, medikamentöse Therapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychologische Betreu- ung und Ernährungsberatung.

(2) Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist, dass

a) die ambulante Rehabilitationseinrichtung unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes steht und

b) dem Grunde nach kein Anspruch gegen einen gesetzlichen Rehabi- litationsträger besteht. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger.

(3) Erbringt ein Arzt die Leistungen, richtet sich die Erstattung nach der GOÄ. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen sind Gebühren der Einrichtung bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwen- den wären.

Nr. 29 Voll- oder teilstationäre Hospizversorgung

(1) Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetz- lichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativme- dizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person kei- ner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

(2) Gebühren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die für die Ver- sorgung eines Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

(3) Leistungen der Pflegepflichtversicherung und der Beihilfe werden angerechnet.



(6) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Nr. 30 Arzneimittel der Alternativen Medizin

Im Rahmen der alternativen Medizin sind nur Arzneimittel der klassischen Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin erstattungsfähig.

Nr. 31 Beitragsrückerstattung

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsanteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

Nr. 32 Leistungen bei unterjährigen Tarifbeginnen bzw. -wechseln

Im ersten Versicherungsjahr beträgt der Tarifselbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8b MB/KK 2009).

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 33 Terrorereignisse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.

Nr. 34 Wehrdienstbeschädigung

Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 geleistet.

Nr. 35 Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KK 2009 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KK 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

Nr. 36 Leistungsausschluss bei einer Straftat

Für Krankheiten, die sich die versicherte Person bei einem von ihr begangenen Verbrechen des Mordes, des Totschlages oder der Vergewaltigung zugezogen hat, besteht kein Versicherungsschutz.

Nr. 37 Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

(1) In der Krankheitskostenvollversicherung werden unter den unten genannten Voraussetzungen die Kosten für Entziehungs-/Entwöhnungsbehandlungen für Suchterkrankungen übernommen. Im Bereich der stationären Entwöhnung sind maximal 80 % der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Ein Anspruch auf etwaige versicherte Wahlleistungen oder Krankenhaustagegelder besteht für diese Behandlung nicht. Bei ambulanter Durchführung sind ebenfalls 80 % des Tagessatzes erstattungsfähig.

Der Anspruch ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf max. 3 ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen begrenzt. Das gilt auch dann, wenn mehrere/unterschiedliche Suchtarten behandelt werden.

Für Entziehungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht besteht kein Leistungsanspruch.

(2) Für eine Kostenübernahme müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Kostenübernahme wird rechtzeitig vor Beginn der Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme beim Versicherer beantragt und schriftlich vorher zugesagt.

- Es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Der Dienstherr als Beihilfeträger gilt nicht als gesetzlicher Rehabilitationsträger.

- Es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung; der Nichtanspruch darf nicht dadurch begründet sein, dass der Versicherte Häuser/Einrichtungen aufsucht, in denen der anderweitige Anspruch dem Grunde nach nicht gegeben ist.

- Es besteht eine hinreichende Erfolgsaussicht.

(3) Der Versicherer kann die Einrichtung sowie die Art, den Umfang und die Dauer der Leistungen bestimmen.

(4) Keine Leistungspflicht besteht aus Zusatztarifen für gesetzlich Versicherte und für Heilfürsorgeberechtigte.



c) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsabschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 38 Kur- und Badeorte

Für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gewährt.

f) ---

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Nr. 39 Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR (siehe hierzu Nr. 5 TB 2012 bei Wohnsitznahme in der EU bzw. EWR), sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

(2) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. 1 gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. 1 keine Anwendung.

(4) Wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt, findet Abs. 1 ebenfalls keine Anwendung.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Nr. 40 Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen. Geht eine Kostenerstattung durch Dritte voraus, genügt die Vorlage von Duplikaten, auf denen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt sind. Die Belege aller in diesen Bedingungen genannten Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten. Ebenfalls müssen Namen und Anschrift der Leistungserbringer im Gesundheitswesen enthalten sein.

(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringer im Gesundheitswesens einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Leistungserbringer im Gesundheitswesen vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten.

(3) Das Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Nr. 41 Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Nr. 42 Überweisungskosten

Kosten für eine Standardüberweisung auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der



Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Nr. 43 Beitragsfälligkeit

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

Nr. 44 Mahngebühr

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Nr. 45 Nichtzahlung Erstbetrag

Abweichend vom folgenden § 8 Abs. 7 Satz 1 MB/KK 2009 kann der Versicherer auch bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages gemäß § 37 VVG vom Vertrag zurücktreten.

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

Nr. 46 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer bei anderen als den in § 8 Abs. 6 MB/KK 2009 benannten Versicherungen das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den „Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AWV)“, auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

Nr. 47 Eintrittsalter

(1) Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifstufe und dem Geburtsjahr.

Bei einer Beitragsänderung gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 47 Abs. 1 Satz 2 erreicht hat.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten,



einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

Nr. 48 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor (§ 8b Abs. 1 MB/KK 2009)

Der in § 8b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2009 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife für die Versicherungsleistungen 7 % und für die Sterbewahrscheinlichkeit 5 %, soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

Nr. 49 Meldung einer Krankenhausbehandlung

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Nr. 50 Meldung Eintritt, Änderung oder Wegfall des Beihilfeanspruches

Der Eintritt, die Änderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruches sollen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Nr. 51 Unfall-Krankenhaustagegeld

Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der

Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von den Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Nr. 52 Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Jahre fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat.

Nr. 53 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.



Nr. 54 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird. (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf den neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

Nr. 55 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht. Darüber hinaus verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auch, wenn die Krankenhaustagegeldversicherung zusammen mit der inzwischen beendeten Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abgeschlossen wurde. Das verbleibende Kündigungsrecht kann vom Versicherer nur zum Ende des 3. Versicherungsjahres ausgeübt werden.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

Nr. 56 Ehescheidungen/Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Nr. 57 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

(1) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die versicherte Person sich mehr als sechs Monate ununterbrochen im Ausland aufhält. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt ebenfalls vor, wenn mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate überschreiten und zwischen den einzelnen Auslandsaufenthalten ein Zusammenhang besteht.

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 MB/KK 2009 bzw. Nr. 5 und 6 TB 2012 im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. 1 nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthaltes bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 5 und 6 TB 2012 getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 2009.

(4) Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland kann der Versicherte stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.



Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Nr. 58 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Auf das Versicherungsverhältnis ist deutsches Recht anwendbar.

(2) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 5 TB 2012) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen:

Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht. Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die deutsche Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen. Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass außer den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

All disputes between the parties hereto arising from or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law. The venue for all disputes between the parties arising from or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz). This forum selection clause is also provide in English to emphasize that venue in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not to be appropriate in any forum in the world other the locations set forth within this paragraph.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen des geänderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchststrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem

Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anlage) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder –vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfsbedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfsbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzung wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Gültig ab 10/2013



Sonstige Bestimmungen

§ 257 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

[...]

(2a) Der Zuschuss nach Absatz (2) wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

[...]

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. (1) des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das Jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die in Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmer nach § 10 familienversichert wären.

b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt.

c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmevorschriften aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.

[...]

§ 12 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

[...]

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsät-

zen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

[...]

§ 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.



Vertragsgrundlage 083
Tarif MED Komfort-U
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte

<p>A. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Tarif MED Komfort-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden. Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung endet auch die Versicherung nach Tarif MED Komfort-U.</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren</p> <p>(2) Arznei- und Verbandmittel</p> <p>(3) Zuzahlungen für Arznei-, Heil-, Hilfsmittel</p> <p>(4) Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen</p> <p>(5) Gesamtleistung für (1) bis (4)</p> <p>(6) Sehhilfen</p> <p>(7) Operation zur Sehschärfenkorrektur</p> <p>(8) Hörhilfen</p>	<p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker inklusive der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis im Rahmen der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ im Rahmen der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge keine Kosten übernimmt.</p> <p>80 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge einen Teil der Kosten übernimmt.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, welche durch Ärzte durchgeführt oder verordnet werden.</p> <p>Die Voraussetzungen gemäß § 1 Abs. 2 b MB/KK „gesetzliche Programme“ und Nr. 22 Abs. 4 TB (Teil II der AVB) „Ständige Impfkommission (StIKo)“ sind nicht einzuhalten.</p> <p>Zu den Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Tarif zählen z.B. :</p> <p>Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder/Jugendliche wie z.B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugenduntersuchungen.</p> <p>Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z.B. Mammographie, Untersuchungen zu Haut- und Prostatakrebs, inkl. PSA-Test. Hierbei müssen bestimmte Altersklassen nicht erreicht sein.</p> <p>Schwangerschaftsvorsorge, wie z.B. Nackentransparenzmessung oder zusätzliche Sonographie-Untersuchungen.</p> <p>Vorsorge bzgl. Herz-Kreislauf-System, wie z.B. Schlaganfallvorsorge, EKG oder Untersuchungen zu den Werten von Blut, Leber, Niere, Fette, Zucker.</p> <p>Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen zum Auge, wie z.B. die Glaukom-Untersuchung.</p> <p>Impfungen inkl. der Impfstoffe nach Empfehlung des Robert-Koch-Instituts für Reise-Impfungen, sowie Gripeschutz-Impfung.</p> <p>Nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Tarif zählen: Gen-Tests.</p> <p>Die Leistung für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Impfungen aus dem Tarif vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- oder Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Bei Vorsorgeuntersuchungen mit einem Rechnungsbetrag ab 500 Euro empfehlen wir vorab eine Zusage seitens AXA einzuholen.</p> <p>Die Gesamtleistung von B (1) bis (4) ist auf 2.000 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren begrenzt.</p> <p>100 % für Brillen und Kontaktlinsen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel) höchstens jedoch 300 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p> <p>100 % für die erstattungsfähigen Restkosten einer Operation zur Sehschärfenkorrektur mit Laser an beiden Augen bis insgesamt 1.000 Euro. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht zweimal innerhalb der gesamten Vertragslaufzeit. Zwischen den Zeitpunkten der Inanspruchnahme müssen mindestens 5 Jahre liegen. In den ersten drei Jahren sind die Leistungen begrenzt – auf 200 Euro im ersten Jahr, auf 400 Euro in den ersten beiden Jahren, und auf 600 Euro in den ersten drei Jahren.</p> <p>80 % für Hörgeräte, höchstens jedoch 500 Euro innerhalb von fünf aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p>



C. Leistungsausschlüsse/ Leistungsbegrenzungen	<p>Die Gesamtleistung aus Vorleistungsversicherung und Tarif MED Komfort-U ist beschränkt auf 100 % des Rechnungsbetrages.</p> <p>Folgende ambulante Leistungen aus Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheits-kosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) sind in diesem Tarif nicht eingeschlossen: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, Sozialpädiatrie und Frühförderung, Häusliche Krankenpflege, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie, Haushaltshilfe, künstliche Befruchtung, ambulante Anschlussheilbehandlung.</p> <p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland gelten die folgenden Tarifbedingungen nicht: Nr. 5 TB 2012, Nr. 6 TB 2012, Nr. 20 TB 2012, Nr. 39 Abs. 3 TB 2012.</p>
D. Wartezeiten	<p>Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.</p> <p>Die besondere Wartezeit für Entbindung beträgt acht Monate.</p>
E. Beitragsfreiheit für neugeborene Kinder	<p>Für neugeborene Kinder besteht während der ersten 4 Monate nach der Geburt beitragsfreier Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es besteht für ein Elternteil eine Versicherung nach Tarif MED Komfort-U • die Anmeldung des Kindes zur Versicherung im Tarif MED Komfort-U erfolgt spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend. <p>Die beitragsfreie Versicherung des Neugeborenen ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung der Krankenversicherung nach Tarif MED Komfort-U die Schwangerschaft bereits ärztlich festgestellt oder das Kind bereits geboren wurde.</p>
F. Bonifikation	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, welche die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben. Art, Umfang und Voraussetzungen eventueller Bonifikationen werden den Versicherten rechtzeitig mitgeteilt.</p>



Vertragsgrundlage 084
Tarif MED Komfort Start-U
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte

<p>A. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Tarif MED Komfort Start-U kann nur von Personen, die Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder bei einer solchen familienversichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden. Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung endet auch die Versicherung nach Tarif MED Komfort Start-U.</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren</p> <p>(2) Arznei- und Verbandmittel</p> <p>(3) Zuzahlungen für Arznei-, Heil-, Hilfsmittel</p> <p>(4) Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen</p> <p>(5) Gesamtleistung für (1) bis (4)</p> <p>(6) Sehhilfen</p> <p>(7) Operation zur Sehschärfenkorrektur</p> <p>(8) Hörhilfen</p>	<p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker inklusive der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis im Rahmen der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ im Rahmen der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge keine Kosten übernimmt.</p> <p>80 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge einen Teil der Kosten übernimmt.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, welche durch Ärzte durchgeführt oder verordnet werden.</p> <p>Die Voraussetzungen gemäß § 1 Abs. 2 b MB/KK „gesetzliche Programme“ und Nr. 22 Abs. 4 TB (Teil II der AVB) „Ständige Impfkommission (StIKo)“ sind nicht einzuhalten.</p> <p>Zu den Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Tarif zählen z.B. :</p> <p>Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder/Jugendliche wie z.B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugenduntersuchungen.</p> <p>Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z.B. Mammographie, Untersuchungen zu Haut- und Prostatakrebs, inkl. PSA-Test. Hierbei müssen bestimmte Altersklassen nicht erreicht sein.</p> <p>Schwangerschaftsvorsorge, wie z.B. Nackentransparenzmessung oder zusätzliche Sonographie-Untersuchungen.</p> <p>Vorsorge bzgl. Herz-Kreislauf-System, wie z.B. Schlaganfallvorsorge, EKG oder Untersuchungen zu den Werten von Blut, Leber, Niere, Fette, Zucker.</p> <p>Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen zum Auge, wie z.B. die Glaukom-Untersuchung.</p> <p>Impfungen inkl. der Impfstoffe nach Empfehlung des Robert-Koch-Instituts für Reise-Impfungen, sowie Gripeschutz-Impfung.</p> <p>Nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Tarif zählen: Gen-Tests.</p> <p>Die Leistung für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Impfungen aus dem Tarif vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- oder Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Bei Vorsorgeuntersuchungen mit einem Rechnungsbetrag ab 500 Euro empfehlen wir vorab eine Zusage seitens AXA einzuholen.</p> <p>Die Gesamtleistung von B (1) bis (4) ist auf 2.000 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren begrenzt.</p> <p>100 % für Brillen und Kontaktlinsen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel), höchstens jedoch 300 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p> <p>100 % für die erstattungsfähigen Kosten einer Operation zur Sehschärfenkorrektur mit Laser an beiden Augen bis insgesamt 1.000 Euro. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht zweimal innerhalb der gesamten Vertragslaufzeit. Zwischen den Zeitpunkten der Inanspruchnahme müssen mindestens 5 Jahre liegen. In den ersten drei Jahren sind die Leistungen begrenzt – auf 200 Euro im ersten Jahr, auf 400 Euro in den ersten beiden Jahren, und auf 600 Euro in den ersten drei Jahren.</p> <p>80 % für Hörgeräte, höchstens jedoch 500 Euro innerhalb von fünf aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p>



**Vertragsgrundlage 077
 Tarif MED (EG 080-U)
 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
 Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung**

Teil III: Krankheitskostentarif für ambulante Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte und Heilfürsorgeberechtigte

<p>A. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen und weitergeführt werden, wenn und solange eine Vorleistungsversicherung besteht. Als Vorleistungsversicherung gilt die Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) oder der Anspruch auf Heilfürsorge. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen der Vorleistungsversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit Wegfall der Vorleistungsversicherung endet die Versicherung nach Tarif MED (EG080-U).</p>
<p>B. Leistungen des Versicherers</p> <p>(1) Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren</p> <p>(2) Arznei- und Verbandmittel</p>	<p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker inklusive der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis im Rahmen der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ im Rahmen der Therapieformen aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis – jeweils einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel</p> <p>80 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge einen Teil der Kosten übernimmt.</p> <p>80 % der erstattungsfähigen Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn die GKV/Heilfürsorge keine Kosten übernimmt.</p>
<p>(3) Gesamtleistung für (1) bis (2)</p>	<p>Die Gesamtleistung nach B1 und B2 ist auf 500,- Euro pro Versicherungsjahr begrenzt.</p>
<p>(4) Sehhilfen</p>	<p>80 % für Brillen und Kontaktlinsen (nicht Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel) höchstens jedoch 130,- Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.</p>
<p>C. Leistungsausschlüsse/ Leistungsbegrenzungen</p>	<p>Die Gesamtleistung aus Vorleistungsversicherung und Tarif ist beschränkt auf 100 % des Rechnungsbetrages.</p> <p>Die folgenden ambulanten Leistungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) sind in Ihrer Zusatzversicherung nicht eingeschlossen: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, Sozialpädiatrie und Frühförderung, Häusliche Krankenpflege, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie, Haushaltshilfe, künstliche Befruchtung, ambulante Anschlussheilbehandlung.</p> <p>Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland gelten die folgenden Tarifbedingungen nicht: Nr. 5 TB 2012, Nr. 6 TB 2012, Nr. 20 TB 2012, Nr. 39 Abs. 3 TB2012..</p>
<p>D. Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland</p>	<p>Abweichend von § 1 Abs. 2 a) und b) und Nr. 2 und 3 TB 2012 gilt bei Reisen ins Ausland als Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.</p> <p>Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.</p>



(1) Leistung des Versicherers bei Reisen ins Ausland

Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen oder der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Heilfürsorge verbliebenen Restkosten für unvorhersehbar eintretende Versicherungsfälle für

I.

1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert;
2. Arznei- und Verbandmittel;
3. folgende Heil-/Hilfsmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms. Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung.
4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik;
5. Krankenhausbehandlung;
6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus;
7. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen.

II.

Ersatz der Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person zu 100 %, sofern

1. dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und
2. vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgte.

Medizinisch sinnvoll ist ein Rücktransport insbesondere, wenn

- die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes am Aufenthaltsort die Dauer von 14 Tagen übersteigen wird oder
- die Kosten der Behandlung im Ausland voraussichtlich die Kosten für den Rücktransport übersteigen.

Die Entscheidung darüber, ob der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers bzw. dessen Assistance, der sich hierzu mit dem behandelnden Arzt am Aufenthaltsort berät.

Wird der Rücktransport nicht vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert, so gelten folgende Höchstbeträge:

- innerhalb Europas max. 5.000,- Euro, außerhalb Europas max. 10.000,- Euro

III.

Darüber hinaus erstatten wir für:

Überführung aus Europa bis 5.000,- Euro; aus dem übrigen Ausland bis 10.000,- Euro.

Alle Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.

IV.

Werden keine Kosten bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geltend gemacht, wird anstelle des Kostenersatzes ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30,- Euro täglich gezahlt.

V.

Der Versicherungsschutz bei Reisen ins Ausland gilt jeweils für die ersten 42 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen. Er endet spätestens mit Ende der Reise.

Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit. Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

(2) Leistungsausschlüsse bei Reisen ins Ausland

Ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten folgende Leistungsausschlüsse:

- Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen inklusive Erstattung bei Früh-/Fehlgeburt notwendig ist;
- Behandlungen wegen Sterilität und künstlicher Befruchtung.



**E. Besondere Bedingungen
für Personen in
Berufsausbildung**

Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem

- a) die Schul- oder Berufsausbildung endet,
- b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird,
- c) das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt.

Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.

In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2012)

Gültig ab 12.2012

**Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif MED (EG080-U)
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.**

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Rücktransport aus dem Ausland:

Bitte setzen Sie sich vor einem medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland mit dem Versicherer bzw. dessen Assistance in Verbindung. Ohne eine Organisation des Rücktransportes durch den Versicherer bzw. dessen Assistance sind die Kosten wie folgt begrenzt:

- innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000,- Euro
- darüber hinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000,- Euro

Telefon-Nummer: +49 221 148-36515

