

Tarife B und BA

	Seite		Seite
Präambel.....	2	G Dynamisierung.....	15
A Allgemeine Regelungen.....	4	H Besondere Regelungen für den Tarif BA.....	15
B Ambulante Heilbehandlung.....	6		
C Stationäre Heilbehandlung.....	9		
D Zahnärztliche Behandlung.....	11		
E Weitere Leistungen.....	13		
F Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu 12 Monaten.....	14		

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013)

	Seite		Seite
Versicherungsschutz		Änderungen des Versicherungsvertrags	
§ 1 Gegenstand der Versicherung.....	16	§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag.....	20
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes.....	16	§ 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen.....	20
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes.....	16	§ 18 Tarifwechsel.....	20
§ 4 Wartezeiten.....	16	§ 19 Versicherung von Neugeborenen, Adoption.....	21
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes.....	16	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)	
§ 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslands- aufenthalten.....	17	§ 20 Allgemeines.....	22
Leistungen des Versicherers		§ 21 Einzelne Obliegenheiten.....	22
§ 7 Fälligkeit der Leistungen.....	17	§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte.....	22
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	17	§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer.....	22
§ 9 Abtretung und Verpfändung.....	18	Dauer und Ende der Versicherung	
§ 10 Überschussbeteiligung/Beitragsrückerstattung.....	18	§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr.....	23
Beiträge		§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	23
§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise.....	18	§ 26 Kündigung durch den Versicherer.....	24
§ 12 Berechnung des Beitrags.....	18	§ 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung.....	24
§ 13 Nichtzahlung der Beiträge.....	19	Weitere Regelungen	
§ 14 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung.....	19	§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer.....	24
§ 15 Beitragszuschlag bei Nichterfüllung der Versicherungspflicht.....	19	§ 29 Anwendbares Recht.....	24
		§ 30 Gerichtsstand.....	24
		§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	25
		§ 32 Verjährung.....	25

Präambel

Die Tarife B (für Beamte) und BA (für Beamtenanwärter) sind Beihilfeergänzungstarife und bieten Versicherungsschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die einzelnen Tarifstufen:

Tarif	Zielgruppe	Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz
B	Beamte, Ehepartner von Beamten	B50	50
		B30	30
		BK20	20
	Kinder von Beamten und Beamtenanwärtern	B20	20
BA	Beamtenanwärter, Ehepartner von Beamtenanwärtern	BA50	50
		BA30	30

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach den Tarifen B und BA sind Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall (z.B. Beamte und Richter) sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige (beihilfeberechtigte Personen).

Der Erstattungsprozentsatz muss so bemessen sein, dass er zusammengerechnet mit dem Beihilfebemessungssatz „100“ ergibt.

Nicht versicherungsfähig sind Personen, für die im Krankheitsfall ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder des Bundeseisenbahnvermögens besteht.

Weitere Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Tarifstufe BK20

Nach Tarifstufe BK20 sind Personen mit Anspruch auf Beihilfe während des bestehenden Dienstverhältnisses versicherungsfähig, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz nach Tarifstufe B30 besteht und sich der Beihilfebemessungssatz mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen um 20 Prozentpunkte erhöht. Die Versicherungsfähigkeit nach Tarifstufe BK20 endet mit Ablauf des Monats, in dem das Dienstverhältnis endet, spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 68. Lebensjahr vollendet.

Weitere Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Tarifstufe B20

Versicherungsfähig nach Tarifstufe B20 sind berücksichtigungsfähige Kinder von beihilfeberechtigten Personen,

- bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres sowie
- bis zur Vollendung des 29. Lebensjahres, sofern sie sich in einer Ausbildung (z.B. Studium) befinden.

Alterungsrückstellungen werden in der Tarifstufe B20 nicht gebildet.

Weitere Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Tarif BA

Versicherungsfähig nach Tarif BA sind Beamtenanwärter im Vorbereitungsdienst und deren berücksichtigungsfähige Ehe- oder Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres.

Alterungsrückstellungen werden im Tarif BA nicht gebildet.

Berücksichtigungsfähige Kinder von Beamtenanwärtern können nach Tarifstufe B20 versichert werden.

Besonderheiten für Beihilfeberechtigte mit einem Beihilfeanspruch gegenüber dem Land Hessen

Für die besonderen Beihilfe Regelungen in Hessen lautet die Tarifbezeichnung BH30 bzw. BHA30 an Stelle von B30 bzw. BA30.

Im Tarif BH30/BHA30 reduziert sich für stationäre Heilbehandlung der Erstattungsumfang von 30% auf 15%, weil der vom Beihilfeträger Hessen übernommene Beihilfeanteil entsprechend höher ist. Der reduzierte Erstattungsprozentsatz von 15% in den Tarifen BH30/BHA30 gilt für alle Leistungen nach den folgenden Ziffern: C 1, C 2.1, C 3.1, C 4, C 5, C 6, C 7, C 8, C 9, E 1, E 2, E 3 und E 5.

Alle sonstigen tariflichen Regelungen und Leistungen sind identisch mit dem Tarif B30/BA30.

Versicherungsschutz

Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus

- dem Tarif B bzw. BA:
 - Abschnitt A: Allgemeine Regelungen, die für alle Leistungsbereiche gelten
 - Abschnitte B bis F: Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbereichen
 - Abschnitt G: Dynamisierung
 - Abschnitt H: Besondere Regelungen für den Tarif BA
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013),
- dem Antrag bzw. der Anfrage,
- dem Versicherungsschein,
- weiteren schriftlichen Vereinbarungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

Änderung und Wegfall des Beihilfeanspruchs

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, hat der Versicherungsnehmer dies der Central unverzüglich mitzuteilen und auf Verlangen nachzuweisen.

Änderung des Beihilfeanspruchs

Bei einer Änderung des Beihilfebemessungssatzes wird der Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Beihilfeergänzungstarife zum Zeitpunkt der Änderung auf Antrag des Versicherungsnehmers so angepasst, dass der Erstattungsprozentsatz zusammengerechnet mit dem Beihilfebemessungssatz wieder „100“ ergibt.

Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung des Beihilfebemessungssatzes gestellt, passt die Central den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten an, soweit sich der versicherte Leistungsumfang nicht erhöht. Eine Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes gilt dabei nicht als eine Erhöhung des Leistungsumfangs. Vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse werden übernommen.

Wegfall des Beihilfeanspruchs und Eintritt von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Entfällt der Beihilfeanspruch und besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann der Versicherungsnehmer die nahtlose Fortführung des Versicherungsverhältnisses als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung verlangen. Gleiches gilt, sofern die versicherte Person in Deutschland einen der gesetzlichen Krankenversicherung gleichartigen Anspruch (z.B. freie Heilfürsorge) erwirbt.

Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach dem Wegfall des Beihilfeanspruchs gestellt, passt die Central den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten an, soweit sich der versicherte Leistungsumfang nicht erhöht. Eine Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes gilt dabei nicht als eine Erhöhung des Leistungsumfangs. Vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse werden übernommen.

Wegfall des Beihilfeanspruchs ohne Eintritt von Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Entfällt der Beihilfeanspruch und besteht keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann der Versicherungsnehmer die nahtlose Fortführung des Versicherungsverhältnisses als Krankheitskostenvollversicherung verlangen.

Wird der Antrag auf Fortführung als Krankheitskostenvollversicherung innerhalb von sechs Monaten nach dem Wegfall des Beihilfeanspruchs gestellt, passt die Central den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten an, soweit sich der versicherte Leistungsumfang nicht erhöht. Eine Erhöhung des Erstattungsprozentsatzes gilt dabei nicht als eine Erhöhung des Leistungsumfangs. Vereinbarte Risikozuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse werden übernommen.

Unter denselben Voraussetzungen kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Krankentagegeldversicherung bis zur Höhe des Nettoeinkommens, höchstens jedoch bis zu einem Tagesgeldsatz von 120,00 EUR verlangen.

Die nachfolgenden Bestimmungen gelten für alle in den Abschnitten B bis F geregelten Erstattungsansprüche.

A 1 Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde	<p>Ärzte und Zahnärzte</p> <p>Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen.</p> <p>Psychotherapeuten</p> <p>Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.</p> <p>Hebammen und Entbindungspfleger</p> <p>Der versicherten Person steht bei Schwangerschaft und Entbindung die Wahl unter den Hebammen und Entbindungspflegern frei.</p> <p>Heilpraktiker</p> <p>Der versicherten Person steht die Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei.</p> <p>Sonstige Heilberufe</p> <p>Auf ärztliche Verordnung steht der versicherten Person die Wahl unter Ergotherapeuten (auch Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten), Krankengymnasten, Logopäden/Sprachheilpädagogen, Masseuren, Medizinischen Bademeistern, Physiotherapeuten und – bei diabetischem Fußsyndrom – Podologen frei. Gleiches gilt für staatlich geprüfte Gesundheits- und Krankenpfleger im Bereich der ambulanten häuslichen Behandlungspflege, Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie für Fachkräfte für Soziotherapie.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde, deren Rechnungen die Central aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig. – Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
A 2 Verordnung und Bezug von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln	<p>Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in A 1 genannten Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.</p> <p>Abweichend hiervon können Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung vom Optiker bezogen werden, sofern dieser eine vorherige Refraktionsbestimmung durchgeführt hat.</p>
A 3 Behandlung im Krankenhaus	<p>Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen die Central aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der stationären Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig. – eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
A 4 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	<p>Die Central leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen. Die Central kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.</p>
A 5 Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnis	<p>Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Psychotherapeuten (GOP), den Hebammengebührenordnungen oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) entsprechen. Gebühren, die die jeweiligen Höchstsätze bzw. Höchstbeträge übersteigen, werden von der Central nicht erstattet.</p> <p>Bei stationärer Heilbehandlung sind auch Aufwendungen erstattungsfähig, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn.</p>

	Im Ausland entstandene Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen berechnet sind. Abweichende Regelungen gelten bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland (vgl. § 6 Abs. 2 und 3 AVB/VV 2013).
A 6 Übermaßbehandlung/ Missverhältnis	Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die Central ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die Central insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
A 7 Selbstbehalte bei der Beihilfe	Für Selbstbehalte des Versicherten bei der Beihilfe (z.B. Kostendämpfungspauschalen) erfolgt keine Erstattung durch die Central.
A 8 Berücksichtigung von Leistungen anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger	Hat der Versicherte die Möglichkeit, neben dem Beihilfeträger einen anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträger (z.B. gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, gesetzliche Unfallversicherung und weitere gesetzliche Rehabilitations-träger) in Anspruch zu nehmen, ist die Central nicht leistungspflichtig, soweit die Aufwendungen vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger umfasst sind.
A 9 Bereicherungsverbot	Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete (z.B. Beihilfeträger), darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
A 10 Zeitliche Zuordnung von Leistungen	Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugeordnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und -einreichung sind für die Zuordnung nicht entscheidend.
A 11 Anrechnung von Versicherungsleistungen bei Tarifwechsel	Wechselt der Versicherte innerhalb der Krankheitskostenversicherung der Central in den Tarif B oder BA, gilt Folgendes: Bei Versicherungsleistungen, die eine summenmäßige Begrenzung für einen bestimmten Zeitraum vorsehen, werden die im bisherigen Tarif für diesen Zeitraum erbrachten Leistungen auf die entsprechenden Leistungen im Tarif B bzw. BA angerechnet.
A 12 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die <ul style="list-style-type: none"> – durch Kriegsereignisse verursacht worden sind. Im Ausland gilt dieser Leistungsausschluss nur dann, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. – als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Keine Leistungspflicht besteht außerdem für Krankheiten und Unfälle, die der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeiführen.
A 13 Auskunftsrechte	<p>Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen</p> <p>Bei Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR übersteigen werden, kann der Versicherungsnehmer vor Beginn der Behandlung in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen.</p> <p>Die Central muss die Auskunft innerhalb von vier Wochen erteilen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, muss die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Anfrage bei der Central.</p> <p>Die Central muss ihre Auskunft begründen und dabei auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen eingehen. Erteilt die Central die Auskunft nicht fristgerecht, wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.</p> <p>Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen</p> <p>Die Central ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die sie bei der Prüfung ihrer Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat.</p> <p>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.</p> <p>Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung der Central eingeholt, hat die Central die entstandenen Kosten zu erstatten.</p>

B Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch die unter B 1 bis B 14 aufgeführten Aufwendungen.

Die Erstattung von Aufwendungen für ambulante Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen, Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, spezialisierte Palliativversorgung und Hospizleistungen ist gesondert in Abschnitt E geregelt.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen	Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
	B50, BA50	B30, BA30	B20, BK20
B 1 Ärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen.	50 %	30 %	20 %
B 2 Vorsorgeuntersuchungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Dort vorge-sehene Altersgrenzen und Intervalle sowie Diagnosebeschränkungen finden keine Anwendung.	50 %	30 %	20 %
B 3 Schutzimpfungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden. Nicht erstattungsfähig sind Schutzimpfungen aus Anlass von Aus-landsreisen.	50 %	30 %	20 %
B 4 Heilpraktiker Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Heil-praktikers einschließlich verordneter Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen durch Heilpraktiker.	50 %	30 %	20 %
B 5 Hebamme / Entbindungspfleger Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (inkl. Geburtsvorbereitung und Rück-bildungsgymnastik).	50 %	30 %	20 %
B 6 Psychotherapie Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie einschließlich probatorischer Sitzungen.	50 % Erstattet werden bis zu 50 Sitzungen je Kalen-derjahr.	30 % Erstattet werden bis zu 50 Sitzungen je Kalen-derjahr	20 % Erstattet werden bis zu 50 Sitzungen je Kalen-derjahr
B 7 Kinderwunschbehandlung Aufwendungen für assistierte Reproduktion (künstliche Befruchtung inkl. Hormontherapie und Insemination) sind nach vorheriger schrift-licher Zusage erstattungsfähig. Die Central wird die schriftliche Zusage erteilen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none"> – Es liegt eine organisch bedingte Sterilität der bei der Central versicherten Person vor und – zum Zeitpunkt der Behandlung hat die Frau das 43. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet und – es besteht eine hinreichende Aussicht auf Erfolg der assistierten Reproduktion. Diese liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Schwangerschaft bei mindestens 15 % liegt. Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht bei der Central versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegen einen anderen Kosten-träger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung), sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.	50 % Die Erstattung beträgt höchstens 7.500,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.	30 % Die Erstattung beträgt höchstens 4.500,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.	20 % Die Erstattung beträgt höchstens 3.000,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
		B50, BA50	B30, BA30	B20, BK20
B 8	Arznei- und Verbandmittel Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie enterale und parenterale Ernährung. Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Empfängnisverhütung, zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Verbesserung des Haarwuchses sowie Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel.	50 %	30 %	20 %
B 9	Heilmittel Erstattungsfähig sind Aufwendungen für beihilfefähige Heilmittel bis zu den beihilfefähigen Höchstbeträgen.	50 %	30 %	20 %
B 10	Hilfsmittel			
B 10.1	Sehhilfen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen). Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel.	50 % Die Erstattung beträgt höchstens 300,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.	30 % Die Erstattung beträgt höchstens 180,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.	20 % Die Erstattung beträgt höchstens 120,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
B 10.2	Weitere Hilfsmittel (außer Sehhilfen) <u>(I) Erstattungsfähige Hilfsmittel</u> Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für: – Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen sind. – Produkte, die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind. – den Unterhalt und die Betriebskosten von Hilfsmitteln (z.B. Stromkosten und Batterien). – Fieberthermometer, Pulsmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen und Zahnbürsten. Besteht auch ein Anspruch auf Leistungen gegen einen anderen Kostenträger (z.B. Pflegepflichtversicherung), ist die Central nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind. <u>(II) Hilfsmittelmanagement</u> Die Central unterhält für die Beschaffung von Hilfsmitteln ein umfangreiches Hilfsmittelmanagement. In der Regel können Hilfsmittel dadurch schneller und kostengünstiger zur Verfügung gestellt werden. Wird ein Hilfsmittel ohne Absprache mit dem Hilfsmittelmanagement der Central selbst beschafft und entstehen dadurch Mehrkosten, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Betrag begrenzt, zu dem die Central das Hilfsmittel hätte kostengünstiger beschaffen können. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jedoch höchstens um die Hälfte gekürzt. Diese Kürzung erfolgt nicht, wenn das Hilfsmittel – im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen wird.	50 %	30 %	20 %

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen	Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
	B50, BA50	B30, BA30	B20, BK20
<ul style="list-style-type: none"> weniger als 500,00 EUR kostet. Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ist die Central berechtigt, nach entsprechender Mitteilung an den Versicherungsnehmer für die Zukunft die Kürzung auch für dieses Hilfsmittel vorzunehmen. über den Beihilfeträger bezogen wird. 			
<p>B 11 Transport und Unterbringung bei ambulanter Operation</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie die Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation.</p>	<p>50 %</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 150,00 EUR je Operation.</p>	<p>30 %</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 90,00 EUR je Operation.</p>	<p>20 %</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 60,00 EUR je Operation.</p>
<p>B 12 Transport bei ambulanter Behandlung</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Krankentransporte im Zusammenhang mit einer ambulanten Notfallbehandlung.</p> <p>Im Zusammenhang mit Chemotherapien, Tiefenbestrahlungen und Dialysebehandlungen sind auch Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten erstattungsfähig, sofern diese von der Central organisiert worden sind. Erfolgt die Durchführung ohne vorherige Absprache mit der Central und entstehen dadurch Mehrkosten, sind die Aufwendungen bis zu dem Betrag erstattungsfähig, zu dem die Central den Krankentransport bzw. die Fahrt hätte kostengünstiger organisieren können. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jedoch höchstens um die Hälfte gekürzt.</p>	<p>50 %</p>	<p>30 %</p>	<p>20 %</p>
<p>B 13 Häusliche Behandlungspflege</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege.</p> <p>Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen,</p> <ul style="list-style-type: none"> die dazu beitragen sollen, die ärztlichen Behandlungsziele zu erreichen, die in die ärztliche Behandlung eingebunden sind, ohne vom Arzt vorgenommen werden zu müssen, und die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind und vom Arzt verantwortet werden. <p>Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung, sind zusätzlich die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.</p>	<p>50 %</p>	<p>30 %</p>	<p>20 %</p>
<p>B 14 Soziotherapie</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Soziotherapie (Betreuung von versicherten Personen mit schweren psychischen Störungen) bis zu den beihilfefähigen Höchstbeträgen.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass ein Behandlungsplan durch einen Arzt für Psychotherapie, einen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorliegt und</p> <ul style="list-style-type: none"> der Versicherte wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen oder durch die Soziotherapie eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. 	<p>50 %</p> <p>Erstattet werden bis zu 120 Stunden innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>	<p>30 %</p> <p>Erstattet werden bis zu 120 Stunden innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>	<p>20 %</p> <p>Erstattet werden bis zu 120 Stunden innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>

C Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch die unter C 1 bis C 10 aufgeführten Aufwendungen.

Die Erstattung von Aufwendungen für stationäre Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen, Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Hospizleistungen ist gesondert in Abschnitt E geregelt.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
		B50, BA50	B30, BA30	B20, BK20
C 1	Allgemeine Krankenhausleistungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen.	50 %	30 %	20 %
C 2	Belegarzt Erstattungsfähig sind Aufwendungen für belegärztliche Leistungen			
C 2.1	bis zu den Höchstsätzen der GOÄ	50 %	30 %	20 %
C 2.2	Gebührenanteile, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers	nur B20: 100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers
C 3	Chefarzt Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung)			
C 3.1	bis zu den Höchstsätzen der GOÄ	50 %	30 %	20 %
C 3.2	Gebührenanteile, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers	nur B20: 100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers
C 4	Psychotherapie Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.	50 %	30 %	20 %
C 5	Hebamme / Entbindungspfleger Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.	50 %	30 %	20 %
C 6	Zweibettzimmer Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer. Wird der Zuschlag für Unterbringung im Einbettzimmer in Rechnung gestellt, sind die Aufwendungen in Höhe des Zweibettzimmerzuschlags erstattungsfähig.	50 %	30 %	20 %
C 7	Telefon, TV, Internet Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Grundgebühr für Telefon, TV und Internet im Krankenhaus.	50 %	30 %	20 %
C 8	Begleitperson im Krankenhaus Erstattungsfähig sind für nach Tarif B versicherte Kinder oder Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.	50 %	30 %	20 %
C 9	Transporte bei stationärer Behandlung Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus jeweils bis zu einer Entfernung von 100 km. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.	50 %	30 %	20 %

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen	Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
	B50, BA50	B30, BA30	B20, BK20
<p>Erstattungsfähig sind in medizinischen Notfällen auch Aufwendungen für den Einsatz eines Rettungs- oder Notarztwagens. Dies gilt auch dann, wenn sich während der Notfallbehandlung herausstellt, dass eine stationäre Aufnahme nicht erforderlich ist.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Fahrten mit z.B. PKW, Taxi oder öffentlichen Verkehrsmitteln.</p>			
<p>C 10 Bergungskosten Erstattungsfähig sind Bergungskosten.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers.</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers.</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.</p>	<p>nur B20: 100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers.</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.</p>

D Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind bei zahnärztlicher Behandlung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen die unter D 1 bis D 4 aufgeführten Aufwendungen.

	Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen	Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
		B50, BA50	B30, BA30	B20, BK20
D 1	<p>Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z.B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, parodontologische Leistungen) einschließlich in diesem Zusammenhang notwendige funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen). – prophylaktische Leistungen (z.B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelungen). 	50 %	30 %	20 %
D 2	<p>Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar sowie für zahntechnische Leistungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z.B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z.B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen. – Einlagefüllungen (z.B. Inlays, Onlays). – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) im Zusammenhang mit Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen. <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne für diese Maßnahmen.</p>	50 %	30 %	20 %
D 3	<p>Kieferorthopädie</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahn- und Kieferregulierung einschließlich des zahnärztlichen Honorars sowie in diesem Zusammenhang notwendige funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen).</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> – die kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat oder – eine schwere Kieferanomalie eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordert oder – die kieferorthopädische Behandlung aufgrund eines Unfalls erforderlich wird, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist. <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne für diese Maßnahmen.</p>	50 %	30 %	20 %
D 4	<p>Zusatzleistungen für zahntechnische Leistungen</p> <p>Zahntechnische Leistungen sind i.d.R. zu einem niedrigeren Prozentsatz als dem Beihilfebemessungssatz beihilfefähig. Dadurch verbleibende Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind zusätzlich zu den Leistungen nach D 2 und D 3 erstattungsfähig.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass der Beihilfeträger Aufwendungen für zahntechnische Leistungen als beihilfefähig anerkannt hat und die Höhe der Beihilfeleistung nachgewiesen wird.</p>	100 %	100 %	nur B20: 100 %

Hinweis zu D 2, D 3 und D 4: Die Versicherungsleistung wird in den ersten fünf Kalenderjahren durch die Zahnstaffel begrenzt (siehe folgende Seite).

Einreichung von Heil- und Kostenplänen

Bei teuren Behandlungen empfiehlt die Central, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Die Central prüft diesen und gibt über die zu erwartende Erstattung Auskunft.

Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten fünf Kalenderjahren (Zahnstaffel)

Die Erstattung durch die Central wird für alle unter D 2, D 3 und D 4 aufgeführten Aufwendungen in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif B bzw. BA wie folgt begrenzt:

	B50, BA50	B30, BA30	B20, BK20
im ersten Kalenderjahr auf insgesamt	500,00 EUR	300,00 EUR	200,00 EUR
in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt	1.000,00 EUR	600,00 EUR	400,00 EUR
in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt	1.500,00 EUR	900,00 EUR	600,00 EUR
in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt	2.000,00 EUR	1.200,00 EUR	800,00 EUR
in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt	2.500,00 EUR	1.500,00 EUR	1.000,00 EUR

Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.

Anrechnung der Zahnstaffel

Wechselt der Versicherte aus einem Tarif der Central mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif B bzw. BA, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen im Zieltarif angerechnet. Dies gilt insbesondere bei einem Tarifwechsel von Tarif BA nach Tarif B oder wenn der Versicherungsschutz an einen veränderten Beihilfebemessungssatz angepasst wird. Eine Versicherung nach einem Auslandsreisetarif wird nicht angerechnet.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
		B50, BA50	B30, BA30	B20, BK20
E 1	<p>Ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlungen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlungen, soweit kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann (vgl. A 8).</p> <p>Die erstattungsfähigen Aufwendungen ergeben sich für ambulante Anschlussheilbehandlungen aus Abschnitt B und für stationäre Anschlussheilbehandlungen aus Abschnitt C.</p> <p>Bei einer stationären Anschlussheilbehandlung besteht Leistungspflicht nur dann, wenn das Krankenhaus zur Behandlung des Krankheitsbildes geeignet ist und die Maßnahme nicht ambulant durchgeführt werden kann.</p> <p>Die Central empfiehlt, die Frage der Kostenübernahme vor Beginn der Anschlussheilbehandlung prüfen zu lassen.</p>	50 %	30 %	20 %
E 2	<p>Ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen bei substanzgebundenen Suchterkrankungen, soweit kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann (vgl. A 8). Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central die Leistung vor Beginn der Entwöhnungsmaßnahme schriftlich zugesagt hat.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Entwöhnungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht.</p> <p>Die erstattungsfähigen Aufwendungen ergeben sich für ambulante Entwöhnungsmaßnahmen aus Abschnitt B. Für stationäre Entwöhnungsmaßnahmen sind lediglich Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (vgl. Abschnitt C 1) bis zu einer Dauer von drei Monaten erstattungsfähig.</p>	50 % Erstattet werden bis zu drei Maßnahmen innerhalb von zehn aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.	30 % Erstattet werden bis zu drei Maßnahmen innerhalb von zehn aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.	20 % Erstattet werden bis zu drei Maßnahmen innerhalb von zehn aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
E 3	<p>Ambulante und stationäre Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante und stationäre Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, soweit kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann (vgl. A 8).</p> <p>Die erstattungsfähigen Aufwendungen ergeben sich bei ambulanten Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen aus Abschnitt B.</p> <p>Bei stationären Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen ergeben sich die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Abschnitt C. Darüber hinaus sind die Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung erstattungsfähig.</p> <p>Die Central empfiehlt, die Frage der Kostenübernahme vor Beginn der Kur oder Rehabilitationsmaßnahme prüfen zu lassen.</p>	50 % Die Erstattung beträgt höchstens 750,00 EUR innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.	30 % Die Erstattung beträgt höchstens 450,00 EUR innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.	20 % Die Erstattung beträgt höchstens 300,00 EUR innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
E 4	<p>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei begrenzter Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.</p>	50 %	30 %	20 %
E 5	<p>Ambulante und stationäre Hospizleistungen</p> <p>Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleibenden Aufwendungen für Leistungen eines ambulanten Hospizdienstes mit eigenständigem Versorgungsauftrag oder für die Unterbringung in einem Hospiz, das eine selbstständige Einrichtung der stationären Hospizversorgung mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag ist.</p>	50 % Die Erstattung beträgt höchstens 100,00 EUR je Kalendertag.	30 % Die Erstattung beträgt höchstens 60,00 EUR je Kalendertag.	20 % Die Erstattung beträgt höchstens 40,00 EUR je Kalendertag.

F Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu 12 Monaten

Ergänzend sind bei Auslandsaufenthalten mit einer Dauer von bis zu 12 Monaten die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen erstattungsfähig. Bei Inanspruchnahme von Leistungen ist der Aufenthaltsbeginn im Ausland nachzuweisen.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		Erstattungsumfang nach Tarifstufe		
		B50, BA50	B30, BA30	B20, BK20
F 1	<p>Krankenrücktransport aus dem Ausland</p> <p>Erstattungsfähig sind die Mehrkosten eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – der Krankenrücktransport ärztlich verordnet und medizinisch notwendig ist, d.h. wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder – aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung oder Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Voraussetzung ist, dass die Central innerhalb der ersten Woche der stationären Heilbehandlung über den beabsichtigten Krankenrücktransport informiert und mit der Organisation des Krankenrücktransports beauftragt wird. <p>Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeordnet, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, sind auch die Mehrkosten für die Begleitperson erstattungsfähig. Bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Mehrkosten für die Begleitperson grundsätzlich erstattungsfähig.</p> <p>Mehrkosten sind die durch den Krankenrücktransport zusätzlich entstehenden Kosten.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers</p>	<p>nur B20:</p> <p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers</p>
F 2	<p>Leistungen im Todesfall</p> <p>Erstattungsfähig sind im Todesfall die Mehrkosten wahlweise für die Bestattung im Ausland oder die Überführung an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person. Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage einer amtlichen oder ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache.</p> <p>Mehrkosten sind die Kosten, welche die beim Tod des Versicherten am Wohnsitz üblicherweise entstehenden Kosten übersteigen.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers.</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 30.000,00 EUR.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers.</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 30.000,00 EUR.</p>	<p>nur B20:</p> <p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers.</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 30.000,00 EUR.</p>
F 3	<p>Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder</p> <p>Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für die Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist und keine andere mitreisende erwachsene Person die Betreuung der Kinder übernehmen kann.</p> <p>Mehrkosten sind die durch die Rückreise zusätzlich entstehenden Kosten einschließlich der Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers.</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 5.000,00 EUR je Versicherungsfall.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers.</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 5.000,00 EUR je Versicherungsfall.</p>	<p>nur B20:</p> <p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung des Beihilfetragers.</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 5.000,00 EUR je Versicherungsfall.</p>

G Dynamisierung

Die Central prüft in regelmäßigen Abständen, ob die im Tarif aufgeführten betragsmäßig festgelegten Leistungsbegrenzungen und Pauschalbeträge im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Beträge können angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt.

H Besondere Regelungen für den Tarif BA

H 1 Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach Tarif BA ist in der Präambel geregelt.

H 2 Höchstversicherungsdauer

Die Versicherung nach Tarif BA ist für höchstens 36 Monate möglich (Höchstversicherungsdauer).

Wird der Vorbereitungsdienst nicht innerhalb der Höchstversicherungsdauer beendet, kann einmalig eine Weiterversicherung für höchstens weitere 12 Monate erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die Fortdauer des Vorbereitungsdienstes nachgewiesen und die Weiterversicherung innerhalb von zwei Monaten nach dem Ablauf der Höchstversicherungsdauer rückwirkend zu diesem Zeitpunkt beantragt wird.

Die Versicherung nach Tarif BA endet in jedem Fall mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet.

H 3 Beitrag

Der Beitrag richtet sich nach dem Lebensalter der versicherten Person. Der Beitrag ändert sich bis zum Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten nicht wegen des Älterwerdens der versicherten Person. Bei einer Weiterversicherung gemäß H 2 richtet sich der Beitrag nach dem Lebensalter der versicherten Person zu Beginn der Weiterversicherung. Beitragsanpassungen nach § 16 AVB/VV 2013 sind nicht ausgeschlossen.

H 4 Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif BA

Entfällt bei einer versicherten Person die Versicherungsfähigkeit im Tarif BA, endet die Versicherung nach Tarif BA. Den Wegfall der Versicherungsfähigkeit hat der Versicherungsnehmer der Central unverzüglich mitzuteilen.

H 5 Fortführung der Versicherung nach Tarif B

In folgenden Fällen wird die Versicherung zum Ersten des Folgemonats an nach Tarif B in der entsprechenden Tarifstufe fortgeführt, sofern für die versicherte Person weiterhin ein Beihilfeanspruch besteht:

- Beendigung des Vorbereitungsdienstes
- Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten bzw. Ablauf einer vereinbarten Weiterversicherung
- Vollendung des 40. Lebensjahres

Für die Festlegung des Beitrags im Tarif B gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Vereinbarte Risikozuschläge im Tarif BA werden bei der Fortführung nach Tarif B entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse werden übernommen.

Der Versicherungsnehmer kann der Fortführung nach Tarif B widersprechen und die Versicherung für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Fortführung kündigen. Die Kündigung kann auch bis zu zwei Monate rückwirkend erklärt werden.

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung	<p>(1) Allgemeines</p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Sofern vereinbart, erbringt er auch damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.</p> <p>(2) Versicherungsfall</p> <p>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, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p>Als Versicherungsfall gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none">– Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,– medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),– der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch,– weitere im Tarif genannte Ereignisse.
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	<p>Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.</p>
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 diese Regelungen nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p>
§ 4 Wartezeiten	<p>Bei Personen, die aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden, wird auf Wartezeiten verzichtet, wenn die Versicherung zum unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.</p> <p>Im Übrigen beträgt die Wartezeit drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt sie acht Monate.</p> <p>Die Wartezeit entfällt</p> <ul style="list-style-type: none">– bei Unfällen,– für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird. <p>Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p> <p>Abweichende Regelungen zu Wartezeiten können getroffen werden.</p>
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>

§ 6

Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten

(1) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU), den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sowie der Schweiz.

Während der ersten 12 Monate eines Aufenthalts in einem anderen Land besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der EU, einen anderen Vertragsstaat des EWR oder die Schweiz

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der EU, einen anderen Vertragsstaat des EWR oder die Schweiz bleibt der Versicherer ab dem 13. Monat nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. In diesem Fall findet A 6, letzter Absatz, keine Anwendung.

Alternativ kann der Versicherungsnehmer gegen Zahlung eines Beitragszuschlags die Erstattung nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen (vgl. A 6, letzter Absatz) auch ab dem 13. Monat nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts mitversichern. Dieses Wahlrecht muss während der ersten 12 Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ausgeübt werden. Der Beitragszuschlag ist ab dem 13. Aufenthaltsmonat zu zahlen und entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz

Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz, es sei denn, es wird eine anderweitige Vereinbarung getroffen.

Leistungen des Versicherers

§ 7

Fälligkeit der Leistungen

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

Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Sie müssen enthalten:

- den Namen und das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose),
- das Behandlungsdatum,
- Angaben der einzelnen Leistungen unter Bezugnahme auf die angewandte Gebührenregelung.

Besteht ein anderweitiger Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, können Rechnungen auch in Zweitschrift mit Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die erbrachten Leistungen vorgelegt werden.

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

§ 8

Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Leistungsempfänger

Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht dem Versicherungsnehmer zu.

Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. Der Versicherer ist dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten.

Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt hat.

(2) Belege in Fremdwährung

Die in Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Weist die versicherte Person durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat, gilt dieser Kurs.

(3) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein inländisches Konto; bei Überweisung auf ein ausländisches Konto können anfallende Gebühren mit den Leistungen verrechnet werden. Die Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9
Abtretung und Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausweis (Card für Privatversicherte) ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot für die darauf genannten Leistungen nicht.

§ 10
**Überschussbeteiligung/
Beitragsrückerstattung**

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

Beiträge

§ 11
Fälligkeit und Zahlungsweise

(1) Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Lastschriftinzug

Ist der Einzug der Beiträge von einem vom Versicherungsnehmer benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch den Versicherer, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.

(3) Sonstige Zahlungsweise

Soweit keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen.

§ 12
Berechnung des Beitrags

(1) Allgemeines

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person sowie ggf. einer nach § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG (siehe Kundeninformation) übertragenen Alterungsrückstellung. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(2) Beitragsänderung bei Vollendung des 15. bzw. 21. Lebensjahres

Für Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, der bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

(3) Auswirkungen des Alters bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung 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.

(4) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

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

(5) Risikozuschläge/Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag auf den Beitrag verlangen. Der Zuschlag bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(6) Anteiliger Monatsbeitrag

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

§ 13

Nichtzahlung der Beiträge

Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Kundeninformation) 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 § 153 VAG (siehe Kundeninformation) 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 § 153 VAG (siehe Kundeninformation) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit 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.

§ 14

Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

§ 15

Beitragszuschlag bei Nichterfüllung der Versicherungspflicht

Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG, siehe Kundeninformation) 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 1. 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.

Änderungen des Versicherungsvertrags

§ 16

Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

(1) Voraussetzungen

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 die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs erforderliche Zuschlag (§ 18 Abs. 3) sowie der Zuschlag zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif und zur Umlage von Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen für den Basistarif (§ 18 Abs. 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Verzicht auf eine Beitragsanpassung

Der Versicherer kann von einer Beitragsanpassung absehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(3) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 17

Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif den veränderten 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) Ersetzung unwirksamer Klauseln

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche 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.

§ 18

Tarifwechsel

(1) Wechsel in einen anderen Tarif

Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann der Versicherer bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann Risikozuschlag und Wartezeit abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss wählt. Der Wechselanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) ist ausgeschlossen.

(2) Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 204 Abs. 1 Nr. 1 VVG (siehe Kundeninformation) verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt. Der Anspruch auf Wechsel in den Basistarif besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif sowie zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen für den Basistarif wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

(3) Wechsel in den Standardtarif

Für substitutive Krankheitskostenversicherungen, die bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurden, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Kundeninformation) erfüllen, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln. Neben dem Standardtarif darf keine weitere Krankheitskostenversicherung bestehen. Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend. Zur Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

§ 19

Versicherung von Neugeborenen, Adoption

(1) Garantierter Versicherungsschutz bei fristgerechter Anmeldung

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit 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. Erfolgt der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche, kann die Kindernachversicherung gemäß den Bestimmungen des vorangegangenen Satzes auch dann erfolgen, wenn ein Elternteil am Tage der Geburt weniger als drei Monate beim Versicherer versichert ist.

Bei einer fristgerechten Anmeldung kann jeder Versicherungsschutz gewählt werden, der nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils ist. Dabei ist auch eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung möglich. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor der Geburt entstandenen Krankheiten und Anomalien sowie Geburtsschäden.

(2) Späterer Antrag/Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wird der Versicherungsschutz nach Ablauf der Anmeldefrist nach Abs. 1 beantragt oder ist der beantragte Versicherungsschutz für das Neugeborene höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils, ist eine Risikoprüfung erforderlich.

(3) Adoption

Minderjährige adoptierte Kinder können entsprechend Abs. 1 angemeldet werden. Besteht ein erhöhtes Risiko, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Im Übrigen steht die Adoption der Geburt gleich.

(4) Zurechnung der Aufwendungen für das Neugeborene

Die Aufwendungen für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung des gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden.

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)

§ 20 Allgemeines	Versicherungsnehmer und versicherte Person haben die in den §§ 21 bis 23 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person der Kenntnis und dem Verhalten des Versicherungsnehmers gleich.
§ 21 Einzelne Obliegenheiten	<p>(1) Erteilung von Auskünften</p> <p>Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.</p> <p>(2) Ärztliche Untersuchung</p> <p>Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.</p> <p>(3) Schadenminderung</p> <p>Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.</p> <p>(4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz</p> <p>Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung 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.</p> <p>(5) Änderung von Name oder Anschrift</p> <p>Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Sonst gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.</p> <p>(6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen</p> <p>Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis 4 wird der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.</p>
§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte	<p>(1) Abtretung</p> <p>Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Kundeninformation), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an den Versicherer schriftlich abzutreten.</p> <p>(2) Mitwirkung</p> <p>Versicherungsnehmer und versicherte Person haben einen 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.</p> <p>(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen</p> <p>Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 und 2, wird der Versicherer mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.</p>
§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer	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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, gilt § 22 entsprechend.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	(1) Vertragsdauer Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für Ausbildungskrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden. (2) Berechnung des Versicherungsjahrs Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.
§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	(1) Allgemeine Kündigungsvoraussetzungen Soweit eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) besteht, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung nur dann kündigen, wenn die versicherte Person ohne Unterbrechung anderweitig krankenversichert wird. 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 Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden. Kenntnismahme durch die versicherte Person und Nachweis der Folgeversicherung sind Wirksamkeitsvoraussetzungen für alle Kündigungen durch den Versicherungsnehmer. (2) Ordentliche Kündigung Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. (3) Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit 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. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu. Der Versicherungsnehmer kann gleichzeitig mit der Kündigung die nahtlose Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen einer Krankheitskostenteilversicherung (Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) verlangen. Die Fortführung erfolgt ohne Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung, soweit sich der versicherte Leistungsumfang nicht erhöht. (4) Vertraglich geregelte Beitragsänderung 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 ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht. (5) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Anpassungsklausel oder vermindert er seine Leistung, 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) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer eine Anfechtung oder einen Rücktritt nur für einzelne Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist.

(7) Übertragungswert

Für ab dem 1.1.2009 geschlossene Krankheitskostenversicherungen kann der Versicherungsnehmer bei Kündigung der Versicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG, siehe Kundeninformation) bei einem anderen Versicherer verlangen, dass der Übertragungswert der versicherten Person nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Kundeninformation) an den neuen Versicherer übertragen wird. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(8) Fortführung als Anwartschaftsversicherung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 26 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer kann die Versicherung nicht ordentlich kündigen.

§ 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

(2) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Hierzu gilt § 6 Abs. 3.

(4) Tod

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

Weitere Regelungen

§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 29 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 30 Gerichtsstand

(1) Klagen des Versicherungsnehmers

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers erhoben werden.

(2) Klagen des Versicherers

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist – außer bei Widerklagen des Versicherers – das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes des Versicherers erhoben werden.

§ 31
Erklärungen des
Versicherungsnehmers

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 32
Verjährung

(1) Verjährungsfrist

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(2) Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

Central Krankenversicherung AG


Hansaring 40-50

50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0

Telefax 02 21/16 36 - 2 00

www.central.de

Ein Unternehmen der 
GENERALI