

Inhaltsverzeichnis

1. Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
2. Kundeninformation für den Online-Abschluss
 - Allgemeine Informationen zum Versicherungsvertrag
 - Kundeninformation bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr
 - Central Card für Privatversicherte
 - Gesetzesauszüge (VVG, BGB, LPartG, VAG, SGB V)
 - Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
 - Hinweise zum Schutz Ihrer Daten
 - Liste der Dienstleister
 - Informationen gemäß Art. 14 EU-DSGVO zu Dienstleistern
3. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in den Tarifen aus Mein Gesundheitsplan. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/ZV 2011), den Tarifen aus Mein Gesundheitsplan, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Für Personen in der Ausbildung, die mindestens 21 und höchstens 39 Jahre alt sind, werden die Tarife – mit Ausnahme von Tarif PlanJ – mit identischen Leistungen auch als Ausbildungstarife angeboten. In diesem Fall wird dem Tarifnamen ein ‚A‘ vorangestellt.

Für Personen mit Vermögenssicherungspolice (VSP) bei der Generali Deutschland Versicherung AG werden die Tarife Plan1, Plan2 und Plan3 auch als VSP-Tarif angeboten. In diesem Fall wird dem Tarifnamen ein ‚V‘ hintangestellt.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankheitskostenzusatzversicherung zur Ergänzung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes.



Was ist versichert?

Tarif Plan1 / Plan1V / APlan1 / APlan1V:

- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Sehhilfen, d.h. für Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen sowie für LASIK. (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ 90 % unter Anrechnung der GKV-Vorleistung für Zahnersatz (einschl. Implantate), Zahnkronen jeweils einschließlich Verblendungen und Inlays. Ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 45 %.
(summenmäßige Begrenzung in den ersten fünf Kalenderjahren)
- ✓ 90 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung.
- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung. (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ 100 % Auslandsreisenschutz für die ersten 60 Tage einer Auslandsreise für ambulante und stationäre Heilbehandlungen, schmerzstillende Zahnbehandlungen und einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport.
- ✓ Im Rahmen der Gesundheitsgarantie kann der Versicherungsschutz zu bestimmten Zeitpunkten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erhöht werden.

Tarif Plan2 / Plan2V / APlan2 / APlan2V:

- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Sehhilfen, d.h. für Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen sowie für LASIK. (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ 80 % unter Anrechnung der GKV-Vorleistung für Zahnersatz (einschl. Implantate), Zahnkronen jeweils einschließlich Verblendungen und Inlays. Ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 40 %.
(summenmäßige Begrenzung in den ersten fünf Kalenderjahren)
- ✓ 80 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung.

- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung. (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ 100 % Auslandsreisenschutz für die ersten 60 Tage einer Auslandsreise für ambulante und stationäre Heilbehandlungen, schmerzstillende Zahnbehandlungen und einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport.
- ✓ Im Rahmen der Gesundheitsgarantie kann der Versicherungsschutz zu bestimmten Zeitpunkten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erhöht werden.

Tarif Plan3 / Plan3V / APlan3 / APlan3V:

- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Sehhilfen, d.h. für Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen sowie für LASIK. (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ 70 % unter Anrechnung der GKV-Vorleistung für Zahnersatz (einschl. Implantate), Zahnkronen jeweils einschließlich Verblendungen und Inlays. Ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 35 %.
(summenmäßige Begrenzung in den ersten fünf Kalenderjahren)
- ✓ 70 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung.
- ✓ 100 % Auslandsreisenschutz für die ersten 60 Tage einer Auslandsreise für ambulante und stationäre Heilbehandlungen, schmerzstillende Zahnbehandlungen und einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport.

Tarif PlanZ1 / APlanZ1:

- ✓ 90 % unter Anrechnung der GKV-Vorleistung für Zahnersatz (einschl. Implantate), Zahnkronen jeweils einschließlich Verblendungen und Inlays. Ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 45 %.
(summenmäßige Begrenzung in den ersten fünf Kalenderjahren)
- ✓ 90 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung.
- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für

Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung.
(summenmäßige Begrenzung)

Tarif PlanZ2 / APlanZ2:

- ✓ 80 % unter Anrechnung der GKV-Vorleistung für Zahnersatz (einschl. Implantate), Zahnkronen jeweils einschließlich Verblendungen und Inlays. Ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 40 %.
(summenmäßige Begrenzung in den ersten fünf Kalenderjahren)
- ✓ 80 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung.
- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung.
(summenmäßige Begrenzung)

Tarif PlanZ3 / APlanZ3:

- ✓ 70 % unter Anrechnung der GKV-Vorleistung für Zahnersatz (einschl. Implantate), Zahnkronen jeweils einschließlich Verblendungen und Inlays. Ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 35 %.
(summenmäßige Begrenzung in den ersten fünf Kalenderjahren)
- ✓ 70 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung.

Tarif PlanJ:

- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Sehhilfen, d.h. für Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen sowie für LASIK. (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ 80 % unter Anrechnung der GKV-Vorleistung für Zahnersatz (einschl. Implantate), Zahnkronen jeweils einschließlich Verblendungen und Inlays. Ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 40 %.
(summenmäßige Begrenzung in den ersten fünf Kalenderjahren)
- ✓ 80 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung.
- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung.
(summenmäßige Begrenzung)
- ✓ 100 % unter Anrechnung der GKV-Vorleistung für Kieferorthopädie. Ohne GKV-Vorleistung beträgt der Erstattungssatz 80 %.
(summenmäßige Begrenzung)
- ✓ 100 % Auslandsreisenschutz für die ersten 60 Tage einer Auslandsreise für ambulante und stationäre Heilbehandlungen, schmerzstillende Zahnbehandlungen und einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport.
- ✓ Im Rahmen der Gesundheitsgarantie kann der Versicherungsschutz zu bestimmten Zeitpunkten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erhöht werden.

Tarif PlanA / APlanA:

- ✓ 80 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für
 - ambulante Vorsorgeuntersuchungen (z.B. zur Krebsfrüh-

erkennung).

- GKV-Präventionskurse (z.B. Rückengymnastik, Rückenschule), sofern eine GKV-Vorleistung nachgewiesen wird.
- Schutzimpfungen (einschließlich Reiseschutzimpfungen), die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden.
- Heilpraktiker (einschließlich verordneter Arzneimittel).
- Naturheilverfahren und Leistungen der alternativen Medizin durch Ärzte (einschließlich verordneter Arzneimittel).
- telemedizinische Leistungen von Ärzten sowie weiteren Behandlern (einschließlich verordneter Arzneimittel), sofern diese über einen Kooperationspartner der Central in Anspruch genommen werden.

(summenmäßige Begrenzung für alle vorgenannten Aufwendungen)

- ✓ Im Rahmen der Gesundheitsgarantie kann der Versicherungsschutz zu bestimmten Zeitpunkten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erhöht werden.

Tarif PlanS / APlanS:

- ✓ 100 % unter Anrechnung einer eventuellen GKV-Vorleistung für
 - die Mehrkosten bei Wahl eines anderen GKV-Krankenhauses als das in der Einweisung genannte.
 - den Krankentransport zum/vom Krankenhaus.
 - ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen (höchstens 50 % der Aufwendungen).
 - Transport und Unterbringung für einen Tag/eine Nacht bei ambulanten Operationen (summenmäßige Begrenzung).
 - Bergungskosten (summenmäßige Begrenzung).
 - gesondert berechnete chefärztliche oder belegärztliche Leistungen.
 - die gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.
 - eine einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung.
 - eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V.
 - die Grundgebühr für Telefon, TV und Internet im Krankenhaus.
 - bodengebundener Krankentransport oder Fahrten bei Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands.
 - Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson eines versicherten Kindes im Krankenhaus.
- ✓ bei wirksamer Honorarvereinbarung sind ärztliche Aufwendungen auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig.
- ✓ Im Rahmen der Gesundheitsgarantie kann der Versicherungsschutz zu bestimmten Zeitpunkten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erhöht werden.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für

- ✗ medizinisch nicht notwendige, z.B. kosmetische Behandlungen.
- ✗ das medizinisch notwendige Maß übersteigende Behandlungen.
- ✗ Behandlungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- ✗ alternative Behandlungsmethoden, die sich nicht praktisch bewährt und keine allgemeine Anerkennung gefunden haben.
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten/Lebenspartner, Eltern oder Kinder.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Durch summenmäßige und prozentuale Begrenzungen bei einzelnen Leistungen (vgl. „Was ist versichert?“) können Ihnen Eigenanteile entstehen.
- ! Bei bestimmten Behandlungen sind Sie verpflichtet, vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage vom Versicherer einzuholen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ 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 vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die im Antrag gestellten Fragen, insbesondere zum Gesundheitszustand, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrages. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Es kann im Einzelfall z.B. erforderlich sein, dass die versicherte Person ihre Behandelnden von der Schweigepflicht

entbindet, damit wir die benötigten Informationen einholen können. Darüber hinaus kann es erforderlich sein, dass Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Es kann abweichend davon auch eine andere Zahlungsweise (viertel-, halb- oder jährlich) vereinbart werden.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.
- Endet Ihre Versicherung in der GKV, so endet damit auch die Versicherung nach dem abgeschlossenen Tarif aus Mein Gesundheitsplan (Wegfall der Versicherungsfähigkeit). Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von zwei Monaten anzuzeigen und nachzuweisen.

Wir freuen uns, dass Sie sich für das Angebot der Central interessieren. Unseren Kunden möchten wir größtmögliche Transparenz bei allen Fragen und Entscheidungen rund um das Thema private Krankenversicherung bieten. Im Folgenden erhalten Sie deshalb die wesentlichen Informationen zum Versicherungsschutz bei der Central.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Informationen zum Versicherungsvertrag.....	Seite 1
Kundeninformation bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr.....	Seite 4
Central Card für Privatversicherte.....	Seite 5
Gesetzesauszüge (VVG, BGB, LPartG, VAG, SGB V).....	Seite 6
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.....	Seite 10
Hinweise zum Schutz Ihrer Daten.....	Seite 11
Liste der Dienstleister.....	Seite 13
Informationen gemäß Art. 14 EU-DSGVO zu Dienstleistern.....	Seite 14

Allgemeine Informationen zum Versicherungsvertrag

VERBRAUCHERINFORMATIONEN GEMÄß § 7 VVG

1 Identität des Versicherers

Central Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Sitz: Köln – Handelsregister: Amtsgericht Köln HR B 93

Anschrift: Hansaring 40-50, 50670 Köln

Telefon: 02 21 - 16 36-0

Fax: 02 21 - 16 36-20 0

E-Mail: info@central.de

2 Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der Central ist der Vorstand.

Mitglieder des Vorstandes sind: Dr. Jochen Petin (Vorsitzender), Katrin Gruber, Dr. Mirko Tillmann.

3 Hauptgeschäftstätigkeit, Aufsichtsbehörde

Die Central betreibt die Krankenversicherung im In- und Ausland im direkten und indirekten Geschäft.

Die Rechts- und Finanzaufsicht wird durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn ausgeübt.

4 Garantiefonds

In dem unwahrscheinlichen Fall einer Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung eines Krankenversicherungsunternehmens können Sie sich an die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln wenden.

Das Bundesministerium für Finanzen hat der Medicator AG die Aufgaben eines Sicherungsfonds übertragen. Die Medicator AG hat damit im Fall der Insolvenz des Krankenversicherungsunternehmens die Aufgabe, Ihre Rechte zu schützen.

5 Vertragsrelevante Unterlagen / Merkmale der Versicherungsleistungen

5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

- Das **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten** enthält die Informationen, die für den Abschluss und die Erfüllung des Vertrages von besonderer Bedeutung sind.
- Der **Tarif** beschreibt die Versicherungsleistungen im Detail.

- Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)** ergänzen die tariflichen Regelungen.
- Das von Ihnen auszufüllende Online-Formular (siehe Nr. 10.1) dient insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes und der Beantwortung der Gesundheitsfragen.
- Falls Sie zunächst eine unverbindliche Anfrage an uns gerichtet haben, unterbreiten wir Ihnen anschließend ein für uns verbindliches **Angebot** (siehe Nr. 10.1), das Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen können.
- Im **Versicherungsschein (Police)** dokumentieren wir den geschlossenen Versicherungsvertrag.

Nebenabreden (z.B. mündliche Zusagen Ihres Versicherungsvermittlers) sind nur verbindlich, wenn sie von der Central schriftlich bestätigt werden.

5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistungen sind folgende:

In der **Krankheitskostenversicherung** ersetzt die Central im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen.

Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die AVB/VV 2013 für die Krankheitskostenvollversicherung, die AVB/ZV 2011 für die Krankheitskostenzusatzversicherung, die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 2009) sowie die jeweils im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KK 2009, TB/KK 09) zugrunde.

Abweichend davon gelten für nachstehende Tarife die folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen:

- Tarife STN und STB (Standardtarif): Musterbedingungen 2009 (MB/ST 2009) und Tarifbedingungen (TB/ST Nr. 1 - 10).
- Tarife PSKVN und PSKVSN (Private Studentische Krankenversicherung): Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Tarifbedingungen Tarif (PSKV).
- Tarif Global First: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung – Aufenthalte außerhalb Deutschlands – 2009 (AVB-ARL-EX 2009).

Der **Basistarif (BTN/BTB)** enthält Leistungen aus den Bereichen der Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung auf dem Niveau der gesetzlich-

chen Krankenversicherung. Zugrunde liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/BT 2009) und die Leistungszusage.

In der **Krankenhaustagegeldversicherung** zahlt die Central das vereinbarte Krankenhaustagegeld bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 2009) sowie die jeweils im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KK 2009) zugrunde.

In der **Krankentagegeldversicherung** ersetzt die Central den Verdienstausfall bis zur Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes, wenn durch Krankheit oder Unfall Arbeitsunfähigkeit eintritt. Als Allgemeine Versicherungsbedingungen liegen die Rahmenbedingungen 2009 (RB/KT 2009) sowie die jeweils im Tarif genannten Tarifbedingungen (TB/KT 2009) zugrunde. Für den Tarif KTBU gelten die Bedingungen AVB/KTKG 2018.

In der **Pflegekrankenversicherung** zahlt die Central das vereinbarte Tagesgeld (Pflegegeldversicherung). Als Allgemeine Versicherungsbedingungen in der Pflegegeldversicherung liegen die AVB/PG 2017 bzw. in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung die MB/GEPV 2017 sowie die TB/GEPV 2017 zugrunde. In der **Pflegepflichtversicherung** (PVN/PVB) gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2017).

Bei zusätzlicher Vereinbarung einer **Beitragsentlastungskomponente** gelten die Zusatzbedingungen für die Beitragsreduzierung im Alter zum Versicherungsvertrag (Zusatzbedingungen EBE63).

5.3 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5.4 Fälligkeit der Versicherungsleistungen und Erfüllung

Die Versicherungsleistungen werden fällig, sobald uns alle erforderlichen Unterlagen eingereicht wurden und wir die notwendige Prüfung durchgeführt haben. Die Erfüllung der Leistung durch die Central erfolgt in der Regel durch Überweisung des fälligen Betrages.

6 Gesamtpreis der Versicherung (Versicherungsbeitrag)

Die Beiträge werden im Antrag bzw. Angebot sowie im Versicherungsschein für jede Person und jeden Tarif einzeln aufgeführt. Erfordern die gesundheitlichen Verhältnisse Risikozuschläge, werden wir diese – soweit sie nicht bereits im Antrag bzw. Angebot enthalten sind – gesondert schriftlich mit Ihnen vereinbaren.

7 Zusätzlich anfallende Kosten

Außer dem Versicherungsbeitrag entstehen Ihnen für den angebotenen Versicherungsschutz keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren, auch nicht für die von uns angebotenen Serviceleistungen.

8 Beitragszahlung, Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge wird vom Versicherungsbeginn an erhoben und ist in der Regel monatlich zu zahlen. Auch vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise ist möglich. Die Beiträge sind jeweils am ersten Tag der von Ihnen gewählten Zahlungsperiode fällig.

Der Erstbeitrag ist mit Versicherungsbeginn zu zahlen, frühestens jedoch 14 Tage nach Zugang des Versicherungsscheins. Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, gilt der erste Beitrag bis zum Eingang der Lastschrift bei dem von Ihnen angegebenen Geldinstitut als gestundet.

9 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die an dieser Stelle zur Verfügung gestellten Informationen halten wir ständig aktuell.

10 Zustandekommen des Vertrages, Bindefrist

10.1 Zustandekommen des Vertrages

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie der Versicherungsvertrag geschlossen werden kann:

- „Antragsmodell“

Sie unterzeichnen den Antrag, **nachdem** Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. Wir prüfen das zu versichernde Risiko. Wenn wir Ihren Antrag annehmen, erhalten Sie den Versicherungsschein.

- „Invitativmodell“

Sie unterzeichnen die Anfrage, **bevor** Sie alle unter Nr. 5 aufgeführten Unterlagen erhalten haben. In diesem Fall gilt Ihre Erklärung nur als unverbindliche Aufforderung an uns, Ihnen ein Versicherungsangebot zu unterbreiten. Nach Risikoprüfung durch uns erhalten Sie ein individuelles Angebot mit allen Unterlagen. Dieses können Sie prüfen und durch eine weitere Unterschrift annehmen.

In beiden Modellen kommt der Versicherungsvertrag zustande, wenn wir Sie mit den nach Nr. 5 genannten Unterlagen vollständig informiert haben, Sie den Versicherungsschein erhalten und Ihr Widerrufsrecht (siehe Nr. 11) nicht ausgeübt haben.

10.2 Bindefrist

Eine Frist, innerhalb derer Sie an Ihren Antrag gebunden sind (Bindefrist), gibt es nur im Antragsmodell. Sie beträgt sechs Wochen ab Antragstellung.

11 Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt an dem Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie diese Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes [VVG]) und die Belehrung über das Widerrufsrecht in Textform zugegangen sind. Die Belehrung über das Widerrufsrecht finden Sie im Versicherungsschein.

12 Vertragslaufzeit

Sofern sich aus dem Tarif nichts anderes ergibt, wird der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann erstmals zum Ablauf der Mindestvertragsdauer und danach zum Ende eines jeden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Es gelten folgende Mindestvertragslaufzeiten:

- in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung zwei Versicherungsjahre
- in der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr
- in der Pflegekrankenversicherung zwei Versicherungsjahre
- in der Beitragsentlastungskomponente bis zum Ende des Versicherungsjahres der zugrunde liegenden Krankheitskostenversicherung, mindestens aber drei Monate

Der Zeitraum eines Versicherungsjahres richtet sich danach, wann Ihr Versicherungsvertrag begonnen hat:

- Bei einem Vertragsbeginn vor dem 1.1.1998 beginnt das erste Versicherungsjahr mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, die weiteren Versicherungsjahre jeweils zwölf Monate später.
- Bei einem Vertragsbeginn ab dem 1.1.1998 beginnt das erste Versicherungsjahr mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.

Für die langfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung gilt keine Mindestvertragslaufzeit. Die Kündigungsfristen sind jedoch zu beachten (siehe Nr. 13).

13 Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers

Sie können Ihren Versicherungsvertrag – unter Beachtung der Mindestvertragsdauer – ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (ordentliche Kündigung). Zudem haben Sie in besonderen Fällen (z.B. Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV], Beitragserhöhung) ein Recht zur außerordentlichen Kündigung. Die Kündigung einer Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient, wird erst dann wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert sind. Die Einzelheiten ergeben sich aus § 205 VVG (siehe Seite 6) sowie den inhaltsgleichen Regelungen in den AVB.

Bitte beachten Sie hierzu auch die Nrn. 19 und 20 dieser Kundeninformation.

14 Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt
- Köln als Sitz der Central

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Bei Wegzug ins Ausland gelten die in den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden AVB genannten Gerichtsstände.

15 Sprachen

Wir kommunizieren mit Ihnen in deutscher Sprache.

16 Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wenden Sie sich bitte an uns, am besten unmittelbar an unser **KundenService**:

Telefon 02 21 - 16 36-0

Fax 02 21 - 16 36-200

E-Mail kundenservice@central.de

Wir werden versuchen, schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung zu finden. Gelingt dies nicht, können Sie sich auch an den

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22 • 10052 Berlin • www.versicherungsombudsmann.de

wenden. Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. An dem Streitbeilegungsverfahren des Ombudsmanns nimmt die Central Krankenversicherung AG teil. Seine Entscheidungen sind für den Versicherten nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

Beschwerden können Sie außerdem an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108 • 53117 Bonn

richten.

Zusatzinformationen für die substitutive Krankenversicherung

Falls Sie sich für eine Krankenversicherung interessieren, die geeignet ist, den in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Krankenschutz ganz oder teilweise zu ersetzen (substitutive Krankenversicherung), sind folgende Informationen für Sie von Bedeutung.

17 In die Prämie einkalkulierte Kosten, sonstige Kosten

Die Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten sowie der sonstigen Kosten weisen wir im Beiblatt „Zusatzinformationen“ des von Ihnen gewählten Tarifs aus.

18 Krankheitskosten und Beitragsentwicklung

Der medizinische Fortschritt (z.B. moderne Gerätemedizin, Hochpreismedikamente, vermehrter Einsatz von hochentwickelten und kostenintensiven Behandlungsmethoden) führt dazu, dass die durchschnittlichen Versicherungsleistungen je Versichertem steigen. In der privaten Krankenversicherung haben Sie die vertragliche Zusage, am medizinischen Fortschritt teilzuhaben. Die damit verbundenen Mehrleistungen müssen durch höhere Beiträge finanziert werden. Deshalb kann es zu Beitragsanpassungen kommen.

Um die Auswirkungen dieser Entwicklung für Ihre Versicherten zu mildern, setzt die Central in erheblichem Umfang Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zur Begrenzung von Anpassungen ein. Außerdem bilden wir in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten-

und Pflagegeldversicherung eine zusätzliche Rückstellung (Altersentlastungsrückstellung) zur dauerhaften Entlastung älterer Versicherter. Dafür werden wir auch in Zukunft erhebliche Mittel einsetzen.

Für substitutive Krankenversicherungen, die ab dem 1.1.2000 geschlossen worden sind, erheben wir von Versicherten, die zwischen 21 und 59 Jahre alt sind, einen 10 %igen Beitragszuschlag (GZA). Hierzu sind wir gesetzlich verpflichtet. Dieser Beitragszuschlag dient ebenso wie die Beträge aus der Altersentlastungsrückstellung dazu, ab der Vollendung des 65. Lebensjahres Beitragserhöhungen ganz oder teilweise zu finanzieren. Gegebenenfalls nicht verbrauchte Beträge werden mit der Vollendung des 80. Lebensjahres zur Beitragsenkung eingesetzt.

Bei Tarifen, die auf Risikobasis kalkuliert sind oder bei denen die Altersentlastung den Wert Null hat, können sich die Beiträge mit dem Lebensalter erhöhen.

19 Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung, insbesondere im Alter

Es gibt mehrere Möglichkeiten, Ihren zu zahlenden Beitrag zu senken. Neben dem Wechsel in einen anderen Tarif (ggf. mit geringeren Leistungen oder durch Vereinbarung eines Leistungsausschlusses für die Mehrleistungen) können Sie auch eine vereinbarte Selbstbeteiligung erhöhen.

Außerdem können Sie - gegen Mehrbeitrag - eine zusätzliche Vereinbarung zur Beitragsreduzierung im Alter (Beitragsentlastungskomponenten EBE63) mit uns schließen.

Darüber hinaus bietet die Central den Basistarif an. Die Leistungen dieses Tarifs sind denen der GKV vergleichbar. Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (für Beihilfeberechtigte durch Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil des Höchstbeitrages). Bei Hilfebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch II oder XII halbiert sich Ihr Beitrag im Basistarif. Besteht dann immer noch Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich Ihr zuständiger Sozialträger an dem Beitrag. Haben Sie Ihren Versicherungsvertrag bei der Central nach dem 31.12.2008 geschlossen, haben Sie das Recht, in den Basistarif zu wechseln. Erfolgte der Vertragsschluss bei der Central vor dem 01.01.2009, können Sie in den Basistarif nur wechseln, wenn Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, rentenberechtigt sind, ein Ruhegehalt beziehen oder hilfebedürftig nach SGB II oder XII sind; daneben besteht weiterhin unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, in den Standardtarif zu wechseln.

20 Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung

Ein Wechsel in die GKV ist für privat Krankheitskostenvollversicherte nur in einem begrenzten gesetzlichen Rahmen, insbesondere bei Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses mit einem Verdienst unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze („Versicherungspflichtgrenze“) oder bei Eintritt von Arbeitslosigkeit möglich. Im Übrigen und ab Vollendung des 55. Lebensjahres ist der Wechsel in der Regel ausgeschlossen. Bitte beachten Sie hierzu auch das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (siehe Seite 9).

21 Wechsel zu einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung

Bei einem Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist zu beachten, dass für den neuen Krankenversicherer grundsätzlich keine Annahmeverpflichtung besteht (Ausnahme: Basistarif/Standardtarif, siehe Nr. 19). Der neue Versicherer führt wiederum eine Risikoprüfung durch; außerdem wird Ihr aktuelles Alter bei der Höhe der Beiträge und künftigen Beitragssteigerungen berücksichtigt. Ein Wechsel kann also insbesondere im fortgeschrittenen Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein oder sich ggf. auf den Standard- oder Basistarif beschränken. Haben Sie Ihre substitutive Krankenversicherung bei der Central vor dem 01.01.2009 geschlossen, verbleibt die Altersentlastung beim tarifspezifischen Versichertenkollektiv der Central. Bei einem Abschluss nach dem 31.12.2008 wird ein Teil Ihrer Altersentlastung an den neuen Versicherer übertragen.

22 Beitragsentwicklung in der Vergangenheit

Hierzu erhalten Sie Informationen im Beiblatt „Zusatzinformationen“ des von Ihnen gewählten Tarifs.

Kundeninformation bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr



INFORMATIONSPFLICHTEN GEMÄß § 312I BGB IN VERBINDUNG MIT ARTIKEL 246C EGBGB

Bei Verträgen, die im elektronischen Geschäftsverkehr beantragt werden, hat die Central nach § 312i des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch zusätzliche Informationspflichten zu erfüllen. Aus diesem Grund geben wir Ihnen an dieser Stelle die folgenden Hinweise:

1 Welche technischen Schritte sind erforderlich, um den Vertragsschluss über die Website der Central herbeizuführen?

Sie können Ihren Antrag auf Krankenversicherungsschutz online ausfüllen und versenden. Erst wenn Sie auf den Button „Antrag auf kostenpflichtigen Vertrag online einreichen“ klicken, werden Ihre Antragsdaten an die Central übermittelt. In diesem Moment ist Ihr Online-Antrag verbindlich abgegeben.

Die weitere Vorgehensweise ist abhängig vom gewünschten Versicherungsschutz. Während der Vertrag über eine Auslandsreisekrankenversicherung sofort zu Stande kommt, behalten wir uns in den übrigen Fällen die Prüfung Ihrer Angaben vor. In diesen Fällen erfolgt der Vertragsschluss mit der Zusendung des Versicherungsscheins.

2 Können Sie Ihre Eingaben vor dem Versand an uns noch einmal prüfen und berichtigen?

Bevor Sie Ihren Online-Antrag an die Central übermitteln, haben Sie noch einmal die Möglichkeit, Ihre gemachten Eingaben zu überprüfen. Eingabefehler können Sie über den Button „Zurück“ oder über den Button „ändern“ durch Anklicken der dort gesetzten Links korrigieren.

3 Wird der Vertragstext von der Central nach dem Vertragsschluss gespeichert und ist er Ihnen zugänglich?

Die Central speichert die erforderlichen Inhalte des Vertrages nach dem Vertragsschluss. Für Sie besteht die Möglichkeit, Ihre Vertragsdaten im Laufe der Antragstellung bei Bedarf auszudrucken. Nach Vertragsschluss haben Sie jederzeit die Möglichkeit, Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz in mündlicher und schriftlicher Form zu erhalten. Online besteht eine Zugriffsmöglichkeit auf Ihre Vertragsdaten nach dem Vertragsschluss nicht.

4 Welche Sprachen stehen für den Vertragsschluss zur Verfügung?

Die Central bietet den Online-Abschluss ausschließlich in deutscher Sprache an.

Ab einem bestimmten Umfang des Versicherungsschutzes (z.B. stationäre Wahlleistungen im Krankenhaus) erhalten Sie unsere Central Card für Privatversicherte. Diese weist Sie beim Arzt, Zahnarzt oder in einem Krankenhaus als Privatpatient oder Privatpatientin aus.

Ihre Vorteile bei Nutzung der Central Card

- Ihre Versicherungsdaten können beim Arzt oder in der Klinik schnell, problemlos und sicher in den Computer eingelesen werden.
- Der gewählte Versicherungsschutz in Bezug auf die Art der Unterbringung (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) lässt sich bei Aufnahme im Krankenhaus auf einen Blick erfassen.
- Bei stationären Aufenthalten rechnen die Krankenhäuser die Unterbringungskosten direkt mit der Central ab – entsprechend dem vereinbarten Versicherungsschutz. Vorauszahlungen durch Sie sind nicht erforderlich.

Ändern sich der Leistungsumfang Ihres Versicherungsschutzes oder Ihre persönlichen Daten, erhalten Sie automatisch eine neue Central Card. Bei Beschädigung oder Verlust sorgen wir selbstverständlich für Ersatz. Sie können die Karte online auf unserer Internetseite www.central.de oder telefonisch in unserem Kundenservice unter der Telefonnummer **02 21 - 16 36-0** anfordern.

Die Central Card ist Eigentum der Central und darf nach Beendigung des Versicherungsschutzes nicht mehr benutzt werden.

Central Card und Datenschutz

Im Bereich der Krankenhausbehandlung ist mit der Central Card eine Kostenübernahmegarantie im tariflichen Umfang für allgemeine Krankenhausleistungen sowie Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer verbunden. Die Karte enthält einen Mikrochip, auf dem folgende Daten gespeichert sind

- Name und Nummer des Versicherungsunternehmens,
- Name, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten,
- Versicherungsnummer und Personenummer,
- Gültigkeitsdauer der Karte,

die mit Hilfe eines Kartenlesegerätes abgerufen und so zur Rechnungs- und Rezepterstellung genutzt werden können.

Ein Teil dieser Daten ist auch auf der Kartenvorderseite zu sehen. Außerdem ist der Umfang des jeweiligen stationären Versicherungsschutzes angegeben. Zusätzliche Angaben, wie z.B. medizinische Behandlungsdaten, können auf dem Chip nicht gespeichert werden, auch nicht vom Arzt oder vom Krankenhaus. Die Informationen sind geschützt und wurden von den Datenschutzbeauftragten der Länder geprüft.

Die Daten auf der Karte sind nicht veränderbar, weil sie mit einem Schreibschutz versehen sind.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat vor dem Hintergrund der elektronischen Datenübermittlung mit den für die Produktion der Karten beauftragten Herstellern eine vertragliche Vereinbarung über die ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen sowie über die Einhaltung der Sorgfaltspflicht zum Datenschutz getroffen. Mit Auftragsvergabe und Vertragsabschluss wurden die beauftragten Dienstleister – ungeachtet der ihnen ohnehin schon obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen – von den privaten Krankenversicherungen zum Datenschutz verpflichtet. Sie müssen die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes beachten und dürfen die an sie weitergeleiteten Daten nicht an Dritte weitergeben oder unbefugt, d.h. zu einem anderen als dem jeweiligen rechtmäßigen, zur Auftrags Erfüllung gehörenden Zweck verarbeiten oder nutzen. Sollten Sie dennoch der Übermittlung Ihrer persönlichen Daten (Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum) an ein Dienstleistungsunternehmen nicht zustimmen, genügt eine Mitteilung an uns. Wir werden dann Ihre Daten nicht weitergeben und somit die Herstellung der Karte unterbinden.

Der Einsatz der Central Card ist freiwillig, d.h. es ist Ärzten, Zahnärzten und Versicherten freigestellt, ob sie die Karte benutzen möchten oder nicht. Die Central Card ist ein Serviceangebot an alle Beteiligten im Gesundheitswesen.

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

[...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.
- (2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.
- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

[...]

§ 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

[...]

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 204 Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
 1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basis-Tarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basis-Tarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
 - a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

- b) der Versicherungsnehmer 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 hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basis-Tarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
 - a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basis-Tarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
 - b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basis-Tarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basis-Tarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basis-Tarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basis-Tarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

- (2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.
- (3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.
- (4) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankentagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer 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 die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis 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.

- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung 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 die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmittelteil mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhe oder die Leistung vermindert wird.

punkt kündigen, zu dem die Prämienhöhe oder die Leistungsmin- derung wirksam werden soll.

- (5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken, und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
- (6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht 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 Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Auszug Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 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 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
- [...]

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

[...]

- (4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämien ermäßigung zu verwenden. Die Prämien ermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§152 Basistarif

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

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für 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 mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

[...]

Auszug Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung)

[...]

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 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 nach § 6 Abs. 7 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 oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - 2a. 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 ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

- 2b. 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,

[...]

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte

[...]

- (1a) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie die Absätze 3 bis 5, 6 und 8 entsprechend. Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten nach Satz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer erforderlich ist, zur Vergabe der Rentenversicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten.

[...]

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Mit den nachfolgenden Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Central Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Central Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50, 50670 Köln
Telefon 0221 1636 0
Fax 0221 1636 200
E-Mail-Adresse info@central.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“ oder per E-Mail unter: datenschutz@central.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen zur Einhaltung der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese Verhaltensregeln können Sie im Internet unter www.central.de/datenschutz abrufen. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch gern einen Ausdruck der Verhaltensregeln per Post.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Entscheidung, ob und zu welchen Bedingungen wir den Versicherungsantrag annehmen. Angaben zum Grund und zum Umfang einer medizinischen Behandlung benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und inwieweit ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die Sie gegebenenfalls vor dem 25.05.2018 (also vor Geltung der DSGVO) erteilt haben. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Er berührt nicht die Rechtswirksamkeit der bis zum Eingang des Widerrufs auf der Grundlage der vormaligen Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Generali Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten; insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste im Internet (www.central.de/Datenschutz) finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der nachfolgenden Übersicht sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.central.de/datenschutz entnehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch gern einen Ausdruck der Listen per Post.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanz- und Sozialbehörden oder Strafverfolgungsbehörden, Gerichte).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für unser Unternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2 - 4
40213 Düsseldorf

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Je nach Tarif übermitteln wir Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung, dem Bezug von Informationen zur

Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten sowie zur Verifizierung Ihrer Adresse (Prüfung auf Zustellbarkeit) an die infoscore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden und an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b) und Art. 6 Abs. 1 f) der EU DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zu den genannten Unternehmen d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu den Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zu Ihren Betroffenenrechten, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung usw. finden Sie auf den nachfolgenden Seiten unter „Datenschutzrechtliche Informationen zu Dienstleistern beziehungsweise unter folgendem Links: <https://finance.arvato.com/dsgvo> und <https://www.schufa.de/de/datenschutz-dsgvo>

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

ANLAGE ZUR DATENSCHUTZEINWILLIGUNGS- UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG IM VERSICHERUNGSANTRAG

Die Central Krankenversicherung AG (im folgenden Central genannt) arbeitet unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen/Personen) zusammen. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich nur im Einzelfall und bei Bedarf unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen an einzelne Dienstleister übermittelt:

Unternehmen	Übertragene Aufgaben
Generali Deutschland AG	Konzernrevision, Datenschutzbeauftragter, Rechnungswesen, Risikomanagement, Steuern, Compliance, Recht, Kundenmanagement und -marketing, Unternehmenskommunikation
Generali Deutschland Informatik Services GmbH	IT-Dienstleistungen wie z. B. Bereitstellung Software und Kommunikationsmittel, Betreuung Server, Erstellung IT-Sicherheitskonzept
Generali Infrastructure Services S.c.a.r.l.	Erbringung von IT-Dienstleistungen
Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck, Versand, Logistik, Eingangspostbearbeitung inkl. Scannen und Archivierung, Kundenkorrespondenz in Vertragsangelegenheiten
Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH	Regressbearbeitung
Generali Health Solutions GmbH	Durchführung von Gesundheitsprogrammen und deren Evaluation
Europ Assistance Services GmbH	Telefonischer Kundenservice, Assistance bei Reisekrankenversicherung, CentralMed-Gesundheitstelefon, Forderungsmanagement
GMMI Inc. (USA)	Unterstützung und Beratung in Leistungsfragen (in USA)
Compass Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
Medicproof GmbH	Medizinische Begutachtung Pflegepflichtversicherung
Universalinkasso AG	Einzug von Beitragsforderungen
WDS GmbH	Telefonie im Zusammenhang mit der privaten Pflegeversicherung
DR-WALTER GmbH	Vertrieb und Vertragsabwicklung von Reisekrankenversicherungen
Henner-GMC International, Paris	Vertrieb und Vertragsabwicklung (nur Firmenkundengeschäft)
CIGNA International Health Services BVBA, Antwerpen	Vertrieb und Vertragsabwicklung (nur Firmenkundengeschäft)
Medallia Inc.	Kundenzufriedenheitsbefragungen

Darüber hinaus arbeitet die Central mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen	Tätigkeiten
Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Psychiater, Angehörige sonstiger Heilberufe, Institute für medizinische Begutachtungen, Krankenhäuser	Erstellung von Gutachten zu medizinischen Fragen; Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen
Gesundheitsdienstleister	Dienstleistungen im Zusammenhang mit freiwilligen Gesundheitsprogrammen
Beratungsunternehmen	Unterstützung und Beratung u. a. in Leistungs- und Abrechnungsfragen (In- und Ausland), zur Betrugserkennung, zu Gesundheitsprogrammen; IT-Dienstleistungen
Dienstleister für Hilfsmittelversorgung	Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln einschließlich Service
Assistance-Unternehmen	Telefonischer Kundenservice und Assistance bei Reisekrankenversicherung
Letter-Shops	Serienbrief-Erstellung, Durchführung von Mailingaktionen
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung
Servicekartenhersteller	Herstellung Card für Privatversicherte
Rückversicherer	Begutachtung
Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in begründeten Einzelfällen
PR-Berater	Öffentlichkeitsarbeit
Wirtschaftsauskunfteien, Adressermittler	Einholung von Auskünften bei Antragstellung und Forderungsmanagement
Inkassounternehmen	Beitreibung von Forderungen

Letzte Änderung: 1. Dezember 2018

Informationen gemäß Art. 14 EU-DSGVO zu Dienstleistern



SCHUFA Holding AG („SCHUFA“)

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Tel.: +49 (0) 6 11-92 78 0;

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der SCHUFA ist unter der o.g. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@schufa.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der SCHUFA oder einem Dritten verfolgt werden

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte errechnet und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschriftenermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DS-GVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Einwilligungen sowie auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DS-GVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DS-GVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

2.3 Herkunft der Daten

Die SCHUFA erhält ihre Daten von ihren Vertragspartnern. Dies sind im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Institute, Finanzunternehmen und Zahlungsdienstleister, die ein finanzielles Ausfallrisiko tragen (z.B. Banken, Sparkassen, Genossenschaftsbanken, Kreditkarten-, Factoring- und Leasingunternehmen) sowie weitere Vertragspartner, die zu den unter Ziffer 2.1 genannten Zwecken Produkte der SCHUFA nutzen, insbesondere aus dem (Versand-)Handels-, eCommerce-, Dienstleistungs-, Vermietungs-, Energieversorgungs-, Telekommunikations-, Versicherungs-, oder Inkassobereich. Darüber hinaus verarbeitet die SCHUFA Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbeschlüsse).

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden (Personendaten, Zahlungsverhalten und Vertragstreue)

- Personendaten, z.B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften
- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z.B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigen betrügerischem Verhalten wie Identitäts- oder Bonitätstäuschungen
- Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind im europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Vertragspartner gem. Ziffer 2.3. Weitere Empfänger können externe Auftragnehmer der SCHUFA nach Art. 28 DS-GVO sowie externe und interne SCHUFA-Stellen sein. Die SCHUFA unterliegt zudem den gesetzlichen Eingriffsbefugnissen staatlicher Stellen.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Für eine Prüfung der Erforderlichkeit der weiteren Speicherung bzw. die Löschung personenbezogener Daten hat die SCHUFA Regelfristen festgelegt. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre taggenau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z.B. gelöscht:

- Angaben über Anfragen nach zwölf Monaten taggenau
- Informationen über störungsfreie Vertragsdaten über Konten, die ohne die damit begründete Forderung dokumentiert werden (z. B. Girokonten, Kreditkarten, Telekommunikationskonten oder Energiekonten), Informationen über Verträge, bei denen die Evidenzprüfung gesetzlich vorgesehen ist (z.B. Pfändungsschutzkonten, Basiskonten) sowie Bürgschaften und Handelskonten, die kreditorisch geführt werden, unmittelbar nach Bekanntgabe der Beendigung.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte nach drei Jahren taggenau, jedoch vorzeitig, wenn der SCHUFA eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder Erteilung der Restschuldbefreiung. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch abweichend eine frühere Löschung erfolgen.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung taggenau nach drei Jahren

- Personenbezogene Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre.

Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der SCHUFA das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DS-GVO. Die SCHUFA hat für Anliegen von betroffenen Personen ein Privatkunden ServiceCenter eingerichtet, das schriftlich unter SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln, telefonisch unter +49 (0) 6 11-92 78 0 und über ein Internet- Formular unter www.schufa.de erreichbar ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die SCHUFA zuständige Aufsichtsbehörde, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DS-GVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an

SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln.

4. Profilbildung (Scoring)

Die SCHUFA-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse erstellt. Die Berechnung aller Scorewerte erfolgt bei der SCHUFA grundsätzlich auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen, die auch in der Auskunft nach Art. 15 DS-GVO ausgewiesen werden. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen § 31 BDSG. Anhand der zu einer Person gespeicherten Einträge erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliche Einträge aufwiesen.

Das verwendete Verfahren wird als „logistische Regression“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten.

Folgende Datenarten werden bei der SCHUFA zur Scoreberechnung verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Scoreberechnung mit einfließt: Allgemeine Daten (z.B. Geburtsdatum, Geschlecht oder Anzahl im Geschäftsverkehr verwendeter Anschriften), bisherige Zahlungstörungen, Kreditaktivität letztes Jahr, Kreditnutzung, Länge Kredithistorie sowie Anschriftendaten (nur wenn wenige personenbezogene kreditrelevante Informationen vorliegen). Bestimmte Informationen werden weder gespeichert noch bei der Berechnung von Scorewerten berücksichtigt, z.B.: Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besondere Kategorien personenbezogener Daten wie ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen nach Art. 9 DS-GVO. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DS-GVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der SCHUFA gespeicherten Informationen nach Art. 15 DS-GVO, hat keinen Einfluss auf die Scoreberechnung.

Die übermittelten Scorewerte unterstützen die Vertragspartner bei der Entscheidungsfindung und gehen dort in das Risikomanagement ein. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit erfolgt allein durch den direkten Geschäftspartner, da nur dieser über zahlreiche zusätzliche Informationen – zum Beispiel aus einem Kreditantrag – verfügt. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen und Scorewerte verlässt. Ein SCHUFA-Score alleine ist jedenfalls kein hinreichender Grund einen Vertragsabschluss abzulehnen.

Weitere Informationen zum Kreditwürdigkeitsscoring oder zur Erkennung auffälliger Sachverhalte sind unter www.scoring-wissen.de erhältlich.

Infoscore Consumer Data GmbH („ICD“)

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z.B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungsbau oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftsteilunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungsbau, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseinträgen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist. Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e.V. zusammengeschlossenen Auskunfteiunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde – Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart – zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen:

Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft)

Wenn Sie –auf freiwilliger Basis– eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> beantragen.

9. Profilbildung / Profiling / Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Einträgen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

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

Mein Gesundheitsplan

	Seite		Seite
Präambel	2	H Tarif PlanA: Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung.....	23
A Allgemeine Regelungen	3	I Tarif PlanS: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung.....	24
B Tarif Plan1: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen.....	5	J Tarif PlanJ: Versicherungsleistungen für Kinder und Jugendliche.....	26
C Tarif Plan2: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen.....	10	K Gesundheitsgarantie	31
D Tarif Plan3: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen	15	L Dynamisierung	31
E Tarif PlanZ1: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	20	M Besondere Tarifvarianten	32
F Tarif PlanZ2: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	21	M 1 Ausbildungstarife.....	32
G Tarif PlanZ3: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	22	M 2 Tarife für Personen mit Vermögenssicherungspolice (VSP-Tarife).....	33

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/ZV 2011)

	Seite		Seite
Versicherungsschutz		Änderungen des Versicherungsvertrags	
§ 1 Gegenstand der Versicherung.....	34	§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag.....	37
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes.....	34	§ 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen.....	38
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes.....	34	§ 18 Tarifwechsel.....	38
§ 4 Wartezeiten.....	34	§ 19 Versicherung von Neugeborenen, Adoption.....	38
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes.....	34	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)	
§ 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten.....	35	§ 20 Allgemeines.....	39
Leistungen des Versicherers		§ 21 Einzelne Obliegenheiten.....	39
§ 7 Fälligkeit der Leistungen.....	35	§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte.....	39
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	35	§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer.....	39
§ 9 Abtretung und Verpfändung.....	35	Dauer und Ende der Versicherung	
§ 10 Überschussbeteiligung.....	36	§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr.....	40
Beiträge		§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	40
§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise.....	36	§ 26 Kündigung durch den Versicherer.....	40
§ 12 Berechnung des Beitrags.....	36	§ 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung.....	40
§ 13 Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	37	Weitere Regelungen	
§ 14 Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	37	§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer.....	41
§ 15 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung.....	37	§ 29 Anwendbares Recht.....	41
		§ 30 Gerichtsstand.....	41
		§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	41
		§ 32 Verjährung.....	41

Mein Gesundheitsplan

Präambel

Ergänzungsschutz zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Mein Gesundheitsplan beinhaltet neun Tarife, die einzeln abgeschlossen oder miteinander kombiniert werden können. Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Tarife und ihre wichtigsten Leistungen:

Tarif	Wichtigste Leistungen im Überblick
Plan1, Plan2	Sehhilfen, Zahnersatz, Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Auslandsreiseschutz
Plan3	Sehhilfen, Zahnersatz, Zahnbehandlung und Auslandsreiseschutz
PlanZ1, PlanZ2	Zahnersatz, Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe
PlanZ3	Zahnersatz und Zahnbehandlung
PlanA	Vorsorge, Heilpraktiker und Naturheilverfahren durch Ärzte, Telemedizin
PlanS	Chefartzbehandlung und Einbettzimmer im Krankenhaus
PlanJ	Sehhilfen, Zahnersatz, Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Kieferorthopädie und Auslandsreiseschutz (Tarif für Kinder und Jugendliche)

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach den Tarifen aus Mein Gesundheitsplan sind Personen, die in der GKV versichert sind oder in Deutschland einen der GKV gleichartigen Anspruch (z. B. Heilfürsorge) haben.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet für diese Person die Versicherung nach den Tarifen aus Mein Gesundheitsplan. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Central innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Nach Tarif PlanJ sind Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres versicherungsfähig. Ab diesem Zeitpunkt wird der Versicherungsschutz gemäß Abschnitt J fortgeführt.

Familienrabatt

Für Kinder und Jugendliche bis einschließlich Alter 20 reduziert sich der Beitrag für jeden Tarif aus Mein Gesundheitsplan um 2,00 EUR, wenn im selben Vertrag eine erwachsene Person ab Alter 21 versichert ist. Voraussetzung ist, dass für die erwachsene Person ebenfalls eine Versicherung nach einem Tarif aus Mein Gesundheitsplan oder eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Central besteht.

Recht auf Versicherung von Neugeborenen und Adoptivkindern nach Tarif PlanJ

Besteht Anspruch auf eine Kindernachversicherung nach § 19 Abs. 1 AVB/ZV 2011 kann ergänzend oder alternativ der Tarif PlanJ abgeschlossen werden. Die Regelungen und Fristen des § 19 Abs. 1 AVB/ZV 2011 gelten insoweit entsprechend. Die Gesundheitsgarantie (vgl. Abschnitt K) besteht für das Neugeborene bzw. das Adoptivkind im Tarif PlanJ nur dann, wenn das Elternteil zum Zeitpunkt der Geburt bzw. der Adoption über eine Gesundheitsgarantie verfügt.

Besondere Tarifvarianten

Mein Gesundheitsplan wird auch in besonderen Tarifvarianten für Personen in der Ausbildung sowie als VSP-Tarif für Personen mit Vermögenssicherungspolice (VSP) bei der Generali Deutschland Versicherung AG angeboten. Einzelheiten hierzu sind in Abschnitt M geregelt.

A Allgemeine Regelungen

Der Leistungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem gewählten Tarif aus Mein Gesundheitsplan und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Für die im jeweiligen Tarif aus Mein Gesundheitsplan versicherten Leistungen gelten die nachfolgenden Allgemeinen Regelungen.

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>Heilpraktiker</p> <p>Der versicherten Person steht die Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei.</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 die Central den Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt hat. Benachrichtigt die Central den Versicherungsnehmer erst nach Beginn der Behandlung über den Ausschluss, 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	Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel	<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> <p>Als Arzneimittel gelten auch enterale und parenterale Ernährung.</p> <p>Als Arzneimittel gelten nicht: Präparate zur Empfängnisverhütung, zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Verbesserung des Haarwuchses. Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind ebenfalls nicht erstattungsfähig.</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 die Central den Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt hat. Benachrichtigt die Central den Versicherungsnehmer erst nach Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss, 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 den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) entsprechen.</p> <p>Gebühren, die die Höchstsätze der GOÄ / GOZ oder die Höchstbeträge des GebüH übersteigen, werden von der Central nicht erstattet.</p> <p>Abweichend hiervon sind im Tarif PlanS auch Aufwendungen erstattungsfähig, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn.</p> <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/ZV 2011).</p>
A 6	Übermaßbehandlung/ Missverhältnis	<p>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.</p> <p>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.</p>

A 7 Berücksichtigung von Leistungen der GKV und anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger	<p>Leistungen der GKV werden als Vorleistung auf die tarifliche Leistung angerechnet.</p> <p>Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser ebenfalls zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV und wird somit nicht erstattet.</p> <p>Hat der Versicherte die Möglichkeit, einen anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträger (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge) in Anspruch zu nehmen, ist die Central nicht leistungspflichtig, soweit die Aufwendungen vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger umfasst sind.</p> <p>Mit dem Erstattungsantrag sind stets Nachweise über die Höhe der Vorleistung der GKV und ggf. anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger zu erbringen.</p>
A 8 Berücksichtigung von Leistungen anderer privater Versicherer und sonstiger Dritter	<p>Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete gehen den Ansprüchen gegen die Central grundsätzlich vor (Subsidiarität).</p> <p>Dennoch steht es dem Versicherten frei, ob er seine Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete oder gegen die Central geltend macht. Um der Central einen Rückgriff gegen andere Erstattungsverpflichtete zu ermöglichen, sind Versicherungsnehmer und versicherte Personen verpflichtet, ihre Ansprüche gegen die anderen Erstattungsverpflichteten an die Central abzutreten. Dies gilt nur, soweit die Central Leistungen erbracht hat.</p>
A 9 Bereicherungsverbot	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.</p>
A 10 Zeitliche Zuordnung von Leistungen	<p>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.</p>
A 11 Anrechnung von Versicherungsleistungen bei Tarifwechsel	<p>Wechselt der Versicherte innerhalb der GKV-Zusatzversicherung der Central in einen Tarif aus Mein Gesundheitsplan, gilt Folgendes:</p> <p>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 aus Mein Gesundheitsplan angerechnet.</p>
A 12 Leistungsausschlüsse	<p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle einschließlich der jeweiligen Folgen, die</p> <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 – vorsätzlich selbst herbeigeführt worden sind <p>Keine Leistungspflicht besteht außerdem bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kur- oder Sanatoriumsbehandlung – Entwöhnungsmaßnahmen
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. 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 der Central eingeholt, hat die Central die entstandenen Kosten zu erstatten.</p>

B Tarif Plan1: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen

Der Tarif Plan1 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-zusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
B 1	Sehhilfen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sowie für Augenoperationen zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen.</p> <p>Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 300,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
B 2	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten 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) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Central wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif Plan1 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000,00 EUR – in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000,00 EUR – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,00 EUR – in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000,00 EUR – in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000,00 EUR <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Central mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif Plan1, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif Plan1 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>90 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>45 %</p>
B 3	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>90 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

B 4 Zahnprophylaxe	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelung).	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
B 5 Auslandsreiseschutz	Ergänzende allgemeine Regelungen für den Auslandsreiseschutz nach B 5.1 bis B 5.17	
Reisedauer	Versicherungsschutz nach B 5.1 bis B 5.17 besteht abweichend von § 6 Abs. 1 AVB/ZV 2011 für die ersten 60 Tage einer privaten oder beruflichen Auslandsreise. Muss der Aufenthalt im Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über 60 Tage hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	
Geltungsbereich	Versicherungsschutz besteht für Auslandsreisen weltweit mit Ausnahme von Deutschland und dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.	
Wartezeiten	Abweichend von § 4 AVB/ZV 2011 entfallen die Wartezeiten.	
Obliegenheiten	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den in §§ 20 bis 23 AVB/ZV 2011 geregelten Obliegenheiten folgende besondere Obliegenheiten: a) Im Leistungsfall ist der Central der Beginn der Auslandsreise nachzuweisen. b) Ein stationärer Aufenthalt ist der Central so früh wie möglich anzuzeigen. c) Über einen beabsichtigten Krankenrücktransport ist die Central so früh wie möglich zu informieren.	
Zulässige Behandelnde	Abweichend von A 1 steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei. Sofern ärztlich verordnet, kann auch medizinisches Fachpersonal (z. B. Chiropraktiker, Osteopathen, Heilpraktiker) in Anspruch genommen werden.	
Leistungsausschlüsse	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besondere Leistungsausschlüsse. Diese sind in B 5.17 geregelt.	
B 5.1 Ambulante Leistungen	Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für a) Untersuchung und Heilbehandlung b) Arznei-, Verband- und Heilmittel c) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie erstmals erforderlich werden	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.2 Leistungen im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für a) ärztliche Leistungen, allgemeine Krankenhausleistungen, Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus b) gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre stationär behandelt werden Auf die Erstattung der Aufwendungen nach B 5.2 a) und b) kann insgesamt verzichtet werden. In diesem Fall wird für jeden Tag des stationären Aufenthalts ein Krankenhaustagegeld von 50,00 EUR gezahlt. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central vor Beginn der Behandlung im Krankenhaus über die Wahl des Krankenhaustagegeldes informiert wird.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Bei Wahl des Krankenhaustagegeldes beträgt die Höchstleistung 1.500,00 EUR je Versicherungsfall.
B 5.3 Zahnärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für a) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich plastischer Zahnfüllungen b) provisorischen Zahnersatz und provisorische Zahnkronen jeweils in einfacher Ausführung c) einfache Reparaturen von Zahnersatz und Zahnkronen	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.4 Ambulante Traumabehandlung	Abweichend von B 5.17 d) sind auch Aufwendungen für die ambulante psychologische oder psychotherapeutische Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen erstattungsfähig, wenn sich auf der Reise ein Unfall, ein Gewaltverbrechen oder eine Naturkatastrophe ereignet.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

B 5.5 Leistungen bei Schwangerschaft	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für a) die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen b) die Entbindung bei Frühgeburt (bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche) einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind entstehenden Kosten (einschließlich Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes) c) die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt d) den nicht rechtswidrigen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.6 Krankentransporte	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport a) in das nächsterreichbare Krankenhaus, in dem eine ambulante Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt b) zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus c) nach einer Behandlung im Krankenhaus zurück zur Unterkunft Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Begleitperson.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.7 Krankenrücktransport	Erstattungsfähig sind die Kosten eines Krankenrücktransports aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn a) der Krankenrücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder b) die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich noch einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Leistungsvoraussetzung ist, dass die versicherte Person transportfähig ist und die Central den Krankenrücktransport organisiert. Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, trägt die Central auch die Kosten für die Begleitperson. Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre trägt die Central grundsätzlich die Kosten einer Begleitperson. Keine Leistungspflicht besteht für Krankenrücktransporte, wenn die versicherte Person aus medizinischer Sicht voraussichtlich innerhalb von sieben Tagen eine reguläre Rückreise antreten kann.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.8 Suche, Rettung und Bergung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.
B 5.9 Bestattung und Überführung	Erstattungsfähig sind im Todesfall die Kosten 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.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.10 Betreuung und Rückreise mitreisender Kinder	Muss die versicherte Person stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstirbt sie und kann keine mitreisende erwachsene Person die Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person übernehmen, sind für diese Kinder folgende Aufwendungen erstattungsfähig: a) Betreuung vor Ort b) Rückreise aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person c) Hin- und Rückreise einer Begleitperson für die Rückreise des Kindes Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central Betreuung und Rückreise des Kindes sowie Hin- und Rückreise der Begleitperson organisiert.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

B 5.11 Krankenbesuche	<p>Erstattungsfähig sind bei stationärem Krankenhausaufenthalt Aufwendungen für die Hin- und Rückreise einer der versicherten Person nahestehenden Person für einen Krankenbesuch.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> die versicherte Person ohne Begleitung eines (weiteren) Erwachsenen reist, der Krankenbesuch bei der Central beantragt wird und der Krankenhausaufenthalt zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich noch länger als 14 Tage dauern wird, ein Krankenrücktransport der versicherten Person in diesem Zeitraum aus medizinischen Gründen nicht vertretbar ist und die Central die Hin- und Rückreise für den Krankenbesuch organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.12 Blutkonserven	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Blutkonserven. Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven verfügbar sind, sind auch Aufwendungen für den Versand erstattungsfähig.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.13 Reisegepäckerückholung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Rücktransport des Reisegepäcks an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central die Rückholung des Reisegepäcks organisiert.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 400,00 EUR je Versicherungsfall.
B 5.14 Fahrzeugrückholung	<p>Erstattungsfähig sind bei Auslandsreisen innerhalb Europas Aufwendungen für die Fahrzeugrückholung, wenn die versicherte Person, die das Fahrzeug geführt hat, für mindestens drei Tage fahrunfähig ist.</p> <p>Die Fahrzeugrückholung erfolgt an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> kein Mitreisender das Fahrzeug führen kann, die Fahrunfähigkeit durch ärztliches Attest nachgewiesen wird, das Fahrzeug ein zulässiges Gesamtgewicht von 3,5 Tonnen nicht überschreitet, sich das Fahrzeug in einem verkehrstauglichen Zustand befindet, das Fahrzeug bereits für die Hinreise verwendet wurde und die Central die Fahrzeugrückholung organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.15 Telefonkosten	<p>Erstattungsfähig sind nachgewiesene Aufwendungen für Telefonate mit der Central.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 25,00 EUR je Versicherungsfall.
B 5.16 Weitere Assistenzleistungen	<p>Die Central erbringt im Zusammenhang mit einer nach B 5.1 bis B 5.14 versicherten Leistung folgende Assistenzleistungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> ganzjähriger telefonischer 24-Stunden-Service Impfberatung (unabhängig von einem Versicherungsfall und auch vor Reiseantritt) Benennung von Deutsch oder Englisch sprechenden Ärzten und Organisation von Terminen Benennung von Krankenhäusern und Spezialkliniken Benennung von Notfallapotheken Auskunft zu am Reiseort erhältlichen Arznei- und Hilfsmitteln Organisation der Lieferung von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Central, wenn diese am Reiseort nicht verfügbar sind oder die versicherte Person nicht in der Lage ist, diese selbst zu beschaffen Herstellung eines erforderlichen Kontaktes zwischen den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und dem Hausarzt einschließlich der Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten Übersetzung medizinischer Unterlagen Weiterleitung von Informationen an Angehörige Beschaffung und Versand von Ersatz für ins Reiseland mitgenommene Arzneimittel, die auf der Reise verloren gegangen sind oder gestohlen wurden und am Reiseort nicht verfügbar sind. Die Aufwendungen für das Arzneimittel sind der Central innerhalb von drei Monaten nach Ende der Reise zurückzuzahlen. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

	<ul style="list-style-type: none"> l) bei stationärem Aufenthalt, für den Leistungspflicht besteht, Kostenübernahme-garantie gegenüber Ärzten und Krankenhäusern m) Auskunft über Möglichkeiten anwaltlicher Vertretung im Ausland 	
<p>B 5.17 Besondere Leistungs-ausschlüsse für den Auslandsreiseschutz</p>	<p>In Ergänzung zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besteht für den Auslandsreiseschutz nach B 5 keine Leistungspflicht für</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose vor Reisean-tritt bereits feststand b) Versicherungsfälle, die vor Beginn des Auslandsaufenthalts eingetreten sind. Es besteht jedoch Leistungspflicht, wenn bei Reisebeginn aus medizinischer Sicht Reisefähigkeit bestand und während der Auslandsreise eine unerwartete akute Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt. c) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war d) Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen einschließ-lich psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Es besteht jedoch Leistungspflicht für die Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Stö-rungen gemäß B 5.4. e) Untersuchung und Behandlung wegen regelrecht verlaufender Schwangerschaft und Entbindung sowie für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge f) Leistungen nach B 5.5, wenn die Schwangere die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten oder ein Verkehrsmittel gewählt hat, von dem der Arzt abgeraten hat g) Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Inlays/ Onlays sowie für Zahnprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädie h) Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen i) Hypnose 	

C Tarif Plan2: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen

Der Tarif Plan2 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-zusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
C 1	Sehhilfen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sowie für Augenoperationen zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen.</p> <p>Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
C 2	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten 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) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Central wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif Plan2 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000,00 EUR – in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000,00 EUR – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,00 EUR – in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000,00 EUR – in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000,00 EUR <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Central mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif Plan2, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif Plan2 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>40 %</p>
C 3	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>80 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

C 4 Zahnprophylaxe	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelungen und Fluoridierung der Zahnoberflächen).	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
C 5 Auslandsreiseschutz	Ergänzende allgemeine Regelungen für den Auslandsreiseschutz nach C 5.1 bis C5.17	
Reisedauer	Versicherungsschutz nach C 5.1 bis C 5.17 besteht abweichend von § 6 Abs. 1 AVB/ZV 2011 für die ersten 60 Tage einer privaten oder beruflichen Auslandsreise. Muss der Aufenthalt im Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über 60 Tage hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	
Geltungsbereich	Versicherungsschutz besteht für Auslandsreisen weltweit mit Ausnahme von Deutschland und dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.	
Wartezeiten	Abweichend von § 4 AVB/ZV 2011 entfallen die Wartezeiten.	
Obliegenheiten	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den in §§ 20 bis 23 AVB/ZV 2011 geregelten Obliegenheiten folgende besondere Obliegenheiten: a) Im Leistungsfall ist der Central der Beginn der Auslandsreise nachzuweisen. b) Ein stationärer Aufenthalt ist der Central so früh wie möglich anzuzeigen. c) Über einen beabsichtigten Krankenrücktransport ist die Central so früh wie möglich zu informieren.	
Zulässige Behandelnde	Abweichend von A 1 steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei. Sofern ärztlich verordnet, kann auch medizinisches Fachpersonal (z. B. Chiropraktiker, Osteopathen, Heilpraktiker) in Anspruch genommen werden.	
Leistungsausschlüsse	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besondere Leistungsausschlüsse. Diese sind in C 5.17 geregelt.	
C 5.1 Ambulante Leistungen	Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für a) Untersuchung und Heilbehandlung b) Arznei-, Verband- und Heilmittel c) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie erstmals erforderlich werden.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.2 Leistungen im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für a) ärztliche Leistungen, allgemeine Krankenhausleistungen, Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus b) gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre stationär behandelt werden. Auf die Erstattung der Aufwendungen nach C 5.2 a) und b) kann insgesamt verzichtet werden. In diesem Fall wird für jeden Tag des stationären Aufenthalts ein Krankenhaustagegeld von 50,00 EUR gezahlt. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central vor Beginn der Behandlung im Krankenhaus über die Wahl des Krankenhaustagegeldes informiert wird.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Bei Wahl des Krankenhaustagegeldes beträgt die Höchstleistung 1.500,00 EUR je Versicherungsfall.
C 5.3 Zahnärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für a) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich plastischer Zahnfüllungen b) provisorischen Zahnersatz und provisorische Zahnkronen jeweils in einfacher Ausführung c) einfache Reparaturen von Zahnersatz und Zahnkronen	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.4 Ambulante Traumabehandlung	Abweichend von C 5.17 d) sind auch Aufwendungen für die ambulante psychologische oder psychotherapeutische Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen erstattungsfähig, wenn sich auf der Reise ein Unfall, ein Gewaltverbrechen oder eine Naturkatastrophe ereignet.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

C 5.5 Leistungen bei Schwangerschaft	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none"> die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen die Entbindung bei Frühgeburt (bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche) einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind entstehenden Kosten (einschließlich Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes) die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt den nicht rechtswidrigen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.6 Krankentransporte	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport</p> <ol style="list-style-type: none"> in das nächsterreichbare Krankenhaus, in dem eine ambulante Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus nach einer Behandlung im Krankenhaus zurück zur Unterkunft <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Begleitperson.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.7 Krankenrücktransport	<p>Erstattungsfähig sind die Kosten eines Krankenrücktransports aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> der Krankenrücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich noch einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die versicherte Person transportfähig ist und die Central den Krankenrücktransport organisiert.</p> <p>Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, trägt die Central auch die Kosten für die Begleitperson. Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre trägt die Central grundsätzlich die Kosten einer Begleitperson.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankenrücktransporte, wenn die versicherte Person aus medizinischer Sicht voraussichtlich innerhalb von sieben Tagen eine reguläre Rückreise antreten kann.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.8 Suche, Rettung und Bergung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.
C 5.9 Bestattung und Überführung	<p>Erstattungsfähig sind im Todesfall die Kosten wahlweise für die Bestattung im Ausland oder die Überführung an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage einer amtlichen oder ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.10 Betreuung und Rückreise mitreisender Kinder	<p>Muss die versicherte Person stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstirbt sie und kann keine mitreisende erwachsene Person die Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person übernehmen, sind für diese Kinder folgende Aufwendungen erstattungsfähig:</p> <ol style="list-style-type: none"> Betreuung vor Ort Rückreise aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person Hin- und Rückreise einer Begleitperson für die Rückreise des Kindes <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central Betreuung und Rückreise des Kindes sowie Hin- und Rückreise der Begleitperson organisiert.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

C 5.11 Krankenbesuche	<p>Erstattungsfähig sind bei stationärem Krankenhausaufenthalt Aufwendungen für die Hin- und Rückreise einer der versicherten Person nahestehenden Person für einen Krankenbesuch.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> die versicherte Person ohne Begleitung eines (weiteren) Erwachsenen reist, der Krankenbesuch bei der Central beantragt wird und der Krankenhausaufenthalt zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich noch länger als 14 Tage dauern wird, ein Krankenrücktransport der versicherten Person in diesem Zeitraum aus medizinischen Gründen nicht vertretbar ist und die Central die Hin- und Rückreise für den Krankenbesuch organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.12 Blutkonserven	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Blutkonserven. Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven verfügbar sind, sind auch Aufwendungen für den Versand erstattungsfähig.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.13 Reisegepäckerückholung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Rücktransport des Reisegepäcks an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central die Rückholung des Reisegepäcks organisiert.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 400,00 EUR je Versicherungsfall.
C 5.14 Fahrzeugrückholung	<p>Erstattungsfähig sind bei Auslandsreisen innerhalb Europas Aufwendungen für die Fahrzeugrückholung, wenn die versicherte Person, die das Fahrzeug geführt hat, für mindestens drei Tage fahrunfähig ist.</p> <p>Die Fahrzeugrückholung erfolgt an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> kein Mitreisender das Fahrzeug führen kann, die Fahrunfähigkeit durch ärztliches Attest nachgewiesen wird, das Fahrzeug ein zulässiges Gesamtgewicht von 3,5 Tonnen nicht überschreitet, sich das Fahrzeug in einem verkehrstauglichen Zustand befindet, das Fahrzeug bereits für die Hinreise verwendet wurde und die Central die Fahrzeugrückholung organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.15 Telefonkosten	<p>Erstattungsfähig sind nachgewiesene Aufwendungen für Telefonate mit der Central.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 25,00 EUR je Versicherungsfall.
C 5.16 Weitere Assistenceleistungen	<p>Die Central erbringt im Zusammenhang mit einer nach C 5.1 bis C 5.14 versicherten Leistung folgende Assistenceleistungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> ganzjähriger telefonischer 24-Stunden-Service Impfberatung (unabhängig von einem Versicherungsfall und auch vor Reiseantritt) Benennung von Deutsch oder Englisch sprechenden Ärzten und Organisation von Terminen Benennung von Krankenhäusern und Spezialkliniken Benennung von Notfallapotheken Auskunft zu am Reiseort erhältlichen Arznei- und Hilfsmitteln Organisation der Lieferung von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Central, wenn diese am Reiseort nicht verfügbar sind oder die versicherte Person nicht in der Lage ist, diese selbst zu beschaffen Herstellung eines erforderlichen Kontaktes zwischen den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und dem Hausarzt einschließlich der Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten Übersetzung medizinischer Unterlagen Weiterleitung von Informationen an Angehörige Beschaffung und Versand von Ersatz für ins Reiseland mitgenommene Arzneimittel, die auf der Reise verloren gegangen sind oder gestohlen wurden und am Reiseort nicht verfügbar sind. Die Aufwendungen für das Arzneimittel sind der Central innerhalb von drei Monaten nach Ende der Reise zurückzuzahlen. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

	<ul style="list-style-type: none"> l) bei stationärem Aufenthalt, für den Leistungspflicht besteht, Kostenübernahme-garantie gegenüber Ärzten und Krankenhäusern m) Auskunft über Möglichkeiten anwaltlicher Vertretung im Ausland 	
<p>C 5.17 Besondere Leistungs-ausschlüsse für den Auslandsreiseschutz</p>	<p>In Ergänzung zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besteht für den Auslandsreiseschutz nach C 5 keine Leistungspflicht für:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose vor Reisean-tritt bereits feststand b) Versicherungsfälle, die vor Beginn des Auslandsaufenthalts eingetreten sind. Es besteht jedoch Leistungspflicht, wenn bei Reisebeginn aus medizinischer Sicht Reisefähigkeit bestand und während der Auslandsreise eine unerwartete akute Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt. c) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war d) Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen einschließ-lich psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Es besteht jedoch Leistungspflicht für die Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Stö-rungen gemäß C 5.4. e) Untersuchung und Behandlung wegen regelrecht verlaufender Schwangerschaft und Entbindung sowie für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge f) Leistungen nach C 5.5, wenn die Schwangere die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten oder ein Verkehrsmittel gewählt hat, von dem der Arzt abgeraten hat g) Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Inlays/ Onlays sowie für Zahnprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädie h) Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen i) Hypnose 	

D Tarif Plan3: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen

Der Tarif Plan3 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
D 1	Sehhilfen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sowie für Augenoperationen zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen.</p> <p>Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
D 2	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten 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) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Central wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif Plan3 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000,00 EUR – in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000,00 EUR – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,00 EUR – in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000,00 EUR – in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000,00 EUR <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Central mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif Plan3, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif Plan3 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>70 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>35 %</p>
D 3	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbissschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>70 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

D 4 Auslandsreiseschutz	Ergänzende allgemeine Regelungen für den Auslandsreiseschutz nach D 4.1 bis D 4.17	
Reisedauer	<p>Versicherungsschutz nach D 4.1 bis D 4.17 besteht abweichend von § 6 Abs. 1 AVB/ZV 2011 für die ersten 60 Tage einer privaten oder beruflichen Auslandsreise.</p> <p>Muss der Aufenthalt im Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über 60 Tage hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p>	
Geltungsbereich	<p>Versicherungsschutz besteht für Auslandsreisen weltweit mit Ausnahme von Deutschland und dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p>	
Wartezeiten	<p>Abweichend von § 4 AVB/ZV 2011 entfallen die Wartezeiten.</p>	
Obliegenheiten	<p>Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den in §§ 20 bis 23 AVB/ZV 2011 geregelten Obliegenheiten folgende besondere Obliegenheiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Im Leistungsfall ist der Central der Beginn der Auslandsreise nachzuweisen. b) Ein stationärer Aufenthalt ist der Central so früh wie möglich anzuzeigen. c) Über einen beabsichtigten Krankenrücktransport ist die Central so früh wie möglich zu informieren. 	
Zulässige Behandlende	<p>Abweichend von A 1 steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei.</p> <p>Sofern ärztlich verordnet, kann auch medizinisches Fachpersonal (z. B. Chiropraktiker, Osteopathen, Heilpraktiker) in Anspruch genommen werden.</p>	
Leistungsausschlüsse	<p>Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besondere Leistungsausschlüsse. Diese sind in D 4.17 geregelt.</p>	
D 4.1 Ambulante Leistungen	<p>Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Untersuchung und Heilbehandlung b) Arznei-, Verband- und Heilmittel c) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie erstmals erforderlich werden. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.2 Leistungen im Krankenhaus	<p>Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ärztliche Leistungen, allgemeine Krankenhausleistungen, Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus b) gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre stationär behandelt werden. <p>Auf die Erstattung der Aufwendungen nach D 4.2 a) und b) kann insgesamt verzichtet werden. In diesem Fall wird für jeden Tag des stationären Aufenthalts ein Krankenhaustagegeld von 50,00 EUR gezahlt. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central vor Beginn der Behandlung im Krankenhaus über die Wahl des Krankenhaustagegeldes informiert wird.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Bei Wahl des Krankenhaustagegeldes beträgt die Höchstleistung 1.500,00 EUR je Versicherungsfall.
D 4.3 Zahnärztliche Leistungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für</p> <ol style="list-style-type: none"> a) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich plastischer Zahnfüllungen b) provisorischen Zahnersatz und provisorische Zahnkronen jeweils in einfacher Ausführung c) einfache Reparaturen von Zahnersatz und Zahnkronen 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.4 Ambulante Traumabehandlung	<p>Abweichend von D 4.17 d) sind auch Aufwendungen für die ambulante psychologische oder psychotherapeutische Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen erstattungsfähig, wenn sich auf der Reise ein Unfall, ein Gewaltverbrechen oder eine Naturkatastrophe ereignet.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

D 4.5 Leistungen bei Schwangerschaft	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen b) die Entbindung bei Frühgeburt (bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche) einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind entstehenden Kosten (einschließlich Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes) c) die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt d) den nicht rechtswidrigen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.6 Krankentransporte	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport</p> <ul style="list-style-type: none"> a) in das nächsterreichbare Krankenhaus, in dem eine ambulante Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt b) zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus c) nach einer Behandlung im Krankenhaus zurück zur Unterkunft <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Begleitperson.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.7 Krankenrücktransport	<p>Erstattungsfähig sind die Kosten eines Krankenrücktransports 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"> a) der Krankenrücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder b) die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich noch einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die versicherte Person transportfähig ist und die Central den Krankenrücktransport organisiert.</p> <p>Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, trägt die Central auch die Kosten für die Begleitperson. Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre trägt die Central grundsätzlich die Kosten einer Begleitperson.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankenrücktransporte, wenn die versicherte Person aus medizinischer Sicht voraussichtlich innerhalb von sieben Tagen eine reguläre Rückreise antreten kann.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.8 Suche, Rettung und Bergung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.
D 4.9 Bestattung und Überführung	<p>Erstattungsfähig sind im Todesfall die Kosten wahlweise für die Bestattung im Ausland oder die Überführung an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage einer amtlichen oder ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.10 Betreuung und Rückreise mitreisender Kinder	<p>Muss die versicherte Person stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstirbt sie und kann keine mitreisende erwachsene Person die Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person übernehmen, sind für diese Kinder folgende Aufwendungen erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Betreuung vor Ort b) Rückreise aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person c) Hin- und Rückreise einer Begleitperson für die Rückreise des Kindes <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central Betreuung und Rückreise des Kindes sowie Hin- und Rückreise der Begleitperson organisiert.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

D 4.11 Krankenbesuche	<p>Erstattungsfähig sind bei stationärem Krankenhausaufenthalt Aufwendungen für die Hin- und Rückreise einer der versicherten Person nahestehenden Person für einen Krankenbesuch.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> die versicherte Person ohne Begleitung eines (weiteren) Erwachsenen reist, der Krankenbesuch bei der Central beantragt wird und der Krankenhausaufenthalt zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich noch länger als 14 Tage dauern wird, ein Krankenrücktransport der versicherten Person in diesem Zeitraum aus medizinischen Gründen nicht vertretbar ist und die Central die Hin- und Rückreise für den Krankenbesuch organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.12 Blutkonserven	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Blutkonserven. Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven verfügbar sind, sind auch Aufwendungen für den Versand erstattungsfähig.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.13 Reisegepäckrückholung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Rücktransport des Reisegepäcks an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central die Rückholung des Reisegepäcks organisiert.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 400,00 EUR je Versicherungsfall.
D 4.14 Fahrzeugrückholung	<p>Erstattungsfähig sind bei Auslandsreisen innerhalb Europas Aufwendungen für die Fahrzeugrückholung, wenn die versicherte Person, die das Fahrzeug geführt hat, für mindestens drei Tage fahrunfähig ist.</p> <p>Die Fahrzeugrückholung erfolgt an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> kein Mitreisender das Fahrzeug führen kann, die Fahrunfähigkeit durch ärztliches Attest nachgewiesen wird, das Fahrzeug ein zulässiges Gesamtgewicht von 3,5 Tonnen nicht überschreitet, sich das Fahrzeug in einem verkehrstauglichen Zustand befindet, das Fahrzeug bereits für die Hinreise verwendet wurde und die Central die Fahrzeugrückholung organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.15 Telefonkosten	<p>Erstattungsfähig sind nachgewiesene Aufwendungen für Telefonate mit der Central.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 25,00 EUR je Versicherungsfall.
D 4.16 Weitere Assistenzleistungen	<p>Die Central erbringt im Zusammenhang mit einer nach D 4.1 bis D 4.14 versicherten Leistung folgende Assistenzleistungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> ganzjähriger telefonischer 24-Stunden-Service Impfberatung (unabhängig von einem Versicherungsfall und auch vor Reiseantritt) Benennung von Deutsch oder Englisch sprechenden Ärzten und Organisation von Terminen Benennung von Krankenhäusern und Spezialkliniken Benennung von Notfallapotheken Auskunft zu am Reiseort erhältlichen Arznei- und Hilfsmitteln Organisation der Lieferung von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Central, wenn diese am Reiseort nicht verfügbar sind oder die versicherte Person nicht in der Lage ist, diese selbst zu beschaffen Herstellung eines erforderlichen Kontaktes zwischen den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und dem Hausarzt einschließlich der Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten Übersetzung medizinischer Unterlagen Weiterleitung von Informationen an Angehörige Beschaffung und Versand von Ersatz für ins Reiseland mitgenommene Arzneimittel, die auf der Reise verloren gegangen sind oder gestohlen wurden und am Reiseort nicht verfügbar sind. Die Aufwendungen für das Arzneimittel sind der Central innerhalb von drei Monaten nach Ende der Reise zurückzuzahlen. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

	<ul style="list-style-type: none"> l) bei stationärem Aufenthalt, für den Leistungspflicht besteht, Kostenübernahme-garantie gegenüber Ärzten und Krankenhäusern m) Auskunft über Möglichkeiten anwaltlicher Vertretung im Ausland 	
<p>D 4.17 Besondere Leistungs-ausschlüsse für den Auslandsreiseschutz</p>	<p>In Ergänzung zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besteht für den Auslandsreiseschutz nach D 4 keine Leistungspflicht für:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose vor Reisean-tritt bereits feststand b) Versicherungsfälle, die vor Beginn des Auslandsaufenthalts eingetreten sind. Es besteht jedoch Leistungspflicht, wenn bei Reisebeginn aus medizinischer Sicht Reisefähigkeit bestand und während der Auslandsreise eine unerwartete akute Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt. c) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war d) Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen einschließ-lich psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Es besteht jedoch Leistungspflicht für die Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Stö-rungen gemäß D 4.4. e) Untersuchung und Behandlung wegen regelrecht verlaufender Schwangerschaft und Entbindung sowie für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge f) Leistungen nach D 4.5, wenn die Schwangere die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten oder ein Verkehrsmittel gewählt hat, von dem der Arzt abgeraten hat g) Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Inlays/ Onlays sowie für Zahnprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädie h) Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen i) Hypnose 	

E Tarif PlanZ1: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif PlanZ1 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-zusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
E 1	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten 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) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Central wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanZ1 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000,00 EUR – in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000,00 EUR – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,00 EUR – in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000,00 EUR – in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000,00 EUR <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Central mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif PlanZ1, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif PlanZ1 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p>bei GKV-Vorleistung:</p> <p>90 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p>ohne GKV-Vorleistung:</p> <p>45 %</p>
E 2	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>90 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
E 3	Zahnprophylaxe	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelung).</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>

F Tarif PlanZ2: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif PlanZ2 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-zusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
F 1	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten 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) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Central wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanZ2 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000,00 EUR – in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000,00 EUR – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,00 EUR – in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000,00 EUR – in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000,00 EUR <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Central mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif PlanZ2, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif PlanZ2 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p>bei GKV-Vorleistung:</p> <p>80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p>ohne GKV-Vorleistung:</p> <p>40 %</p>
F 2	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbissschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>80 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
F 3	Zahnprophylaxe	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelung).</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>

G Tarif PlanZ3: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif PlanZ3 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-zusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
G 1	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten 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) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Central wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanZ3 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000,00 EUR – in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000,00 EUR – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,00 EUR – in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000,00 EUR – in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000,00 EUR <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Central mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif PlanZ3, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif PlanZ3 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p>bei GKV-Vorleistung:</p> <p>70 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p>ohne GKV-Vorleistung:</p> <p>35 %</p>
G 2	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>70 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

H Tarif PlanA: Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung

Der Tarif PlanA gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-zusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Erstattungsfähig nach Tarif PlanA sind bei ambulanter Heilbehandlung die unter H 1 bis H 4 aufgeführten Aufwendungen.

Keine Leistungspflicht besteht für Aufwendungen im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung. Davon ausgenommen sind zahnärztliche Beratungen im Rahmen von telemedizinischen Leistungen gemäß H 4.

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
H 1	Vorsorgeunter-suchungen und Präventionskurse	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. In der GKV vorgesehene Altersgrenzen und Intervalle sowie Diagnosebeschränkungen finden keine Anwendung.</p> <p>Darüber hinaus sind Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Krebsfrüherkennung (z. B. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, PSA-Test) – Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Großer Gesundheits-Check, Schilddrüsen-Check, Hirnleistungs-Check, Untersuchung des Herzinfarkt-Risikos, Glaukomvorsorge, Diagnostik einer altersabhängigen Makuladegeneration, Osteoporose-Früherkennung, Schlaganfall-Check, HIV-Test) – Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (z. B. Neugeborenen-Audio-Check, Schiellvorsorge, zusätzliche Gesundheits-Checks U10, U11, J2, Fettstoff-wechselvorsorge) – Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft (z. B. Triple-Test, zusätzliche Ultra-schalluntersuchungen, Nackentransparenzmessung) <p>Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention (z. B. Rückengymnastik/Rückenschule, Raucherentwöhnungs-kurse, Ernährungsberatungskurse), sofern eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.</p> <p>Aufwendungen für Fitnessstudios und Sportvereine sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>80 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung der Central für Aufwendungen nach H 1, H 2, H 3 und H 4 beträgt insgesamt höchstens 1.200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalen-derjahren.</p>
H 2	Schutzimpfungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen (einschließlich Reise-schutzimpfungen), die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden.</p>	
H 3	Heilpraktikerlei-stungen, alternative Medizin und Natur-heilverfahren durch Ärzte	<p>Erstattungsfähig sind unter Berücksichtigung von A 4 Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen eines Heilpraktikers – ärztliche Leistungen der alternativen Medizin oder aus dem Bereich der Naturheilverfahren <p>jeweils einschließlich osteopathischer und chiropraktischer Leistungen und verordneter Arzneimittel.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.</p>	
H 4	Telemedizin	<p>Erstattungsfähig sind nachstehend aufgeführte Aufwendungen für telemedizinische Leistungen, sofern diese über einen Kooperationspartner der Central in Anspruch genommen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen von Ärzten sowie weiteren Behandelnden einschließlich verordneter Arzneimittel – Kosten (z. B. Zugangsgebühr oder App-Nutzungsgebühr), sofern ein Kooperati-onspartner diese dem Versicherten für die Nutzung seines Angebots berechnet <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen, soweit diese über eine Erstberatung hinausgehen.</p> <p>Telemedizinische Leistungen im Sinne dieses Tarifs sind medizinische Leistungen in den Bereichen Diagnostik und Therapie sowie medizinische Entscheidungsberatungen über räumliche Entfernung unter Nutzung von Informations- und Kommunikations-technologien (z. B. telefonische oder videogestützte Arztgespräche).</p> <p>Zusätzlich zu den in A 1 genannten Behandlern können alle Behandelnde in Anspruch genommen werden, die im Rahmen der Kooperation telemedizinische Leistungen erbringen. Neben den Gebühren nach A 5 sind die Gebühren erstattungsfähig, die den für den jeweiligen Berufsstand gültigen Gebührenordnungen bzw. -verzeichnissen entsprechen und die darin geregelten Höchstsätze bzw. -beträge nicht übersteigen.</p> <p>Die Central gibt die jeweils aktuellen Kooperationspartner für telemedizinische Leis-tungen auf ihrer Internetseite bekannt.</p>	

I Tarif PlanS: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

Der Tarif PlanS gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Erstattungsfähig nach Tarif PlanS sind bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus die unter I 1 bis I 12 aufgeführten Aufwendungen.

Keine Leistungspflicht besteht für Aufwendungen im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung.

Aufwendungen für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Central vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Die vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt, die nicht ambulant durchgeführt werden kann. Die Central empfiehlt, auch bei einer Anschlussheilbehandlung die Frage der Kostenerstattung vor Beginn der Anschlussheilbehandlung zu klären.

Keine Leistungspflicht besteht bei

- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung
- Entwöhnungsmaßnahmen

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
I 1	Freie Krankenhauswahl		
I 1.1	Zugelassene GKV-Krankenhäuser	Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass ein Versicherter ein anderes nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus (Universitäts-/Hochschulambulanz, Plankrankenhaus, Krankenhaus mit GKV-Versorgungsvertrag) als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählt. Die gesetzliche Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V ist nicht erstattungsfähig.	100 %
I 1.2	Sonstige Krankenhäuser	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass ein Versicherter ein Krankenhaus wählt, das nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist. Die gesetzliche Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V ist nicht erstattungsfähig.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV, höchstens jedoch 50 % der Aufwendungen
I 2	Krankentransport	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von jeweils 100 km. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Krankentransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig. Aufwendungen für Notfalltransporte in ein Krankenhaus sind auch erstattungsfähig, wenn keine stationäre Aufnahme erfolgt. Nicht erstattungsfähig sind Fahrten mit z. B. PKW, Taxi oder öffentlichen Verkehrsmitteln.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
I 3	Ambulante Operationen		
I 3.1	Ärztliche Leistungen	Erstattungsfähig bei einer ambulant durchgeführten Operation sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV, höchstens jedoch 50 % der Aufwendungen
I 3.2	Transport und Unterbringung	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.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR je Operation
I 4	Bergungskosten	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Bergungskosten.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall
I 5	Chefarzt	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung).	100 %
I 6	Belegarzt	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für belegärztliche Leistungen.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

I 7	Ein- oder Zweibettzimmer	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.	100 %
I 8	Einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine unmittelbar vor bzw. nach der leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung durch den Chef- oder Belegarzt.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
I 9	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
I 10	Telefon, TV, Internet	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Grundgebühr für Telefon, TV und Internet im Krankenhaus.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
I 11	Wunschverlegung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für einen bodengebundenen Krankentransport oder eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, auch wenn die Verlegung nicht medizinisch notwendig ist. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche ärztliche Bestätigung, dass keine medizinischen Gründe gegen die Verlegung sprechen.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV, einmalig je Versicherungsfall
I 12	Begleitperson im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind für Kinder oder Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

J Tarif PlanJ: Versicherungsleistungen für Kinder und Jugendliche

Der Tarif PlanJ gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K und L sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
J 1	Sehhilfen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sowie für Augenoperationen zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen.</p> <p>Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
J 2	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten 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) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Central wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanJ wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000,00 EUR – in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000,00 EUR – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,00 EUR – in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000,00 EUR – in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000,00 EUR <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Central mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif PlanJ, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif PlanJ wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>40 %</p>
J 3	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbissschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>80 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

J 4 Zahnprophylaxe	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelungen und Fluoridierung der Zahnoberflächen).	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
J 5 Kieferorthopädie	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen (z. B. herausnehmbare oder festsitzende Zahnspangen, Außenspangen, Kunststoffschienen nach dem Aligerverfahren, Retainer).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch darüber hinausgehende Mehrleistungen wie zum Beispiel besondere Behandlungsformen (z. B. innenliegende Zahnspangen, sog. Lingualtechnik), besondere Bögen und Brackets (z. B. Kunststoff- oder Keramikbrackets, Mini-brackets, selbstlegierende Brackets) oder eine Bracketumfeldversiegelung.</p> <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. <p>Die Erstattung der Central wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanJ wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 200,00 EUR – in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 400,00 EUR – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 600,00 EUR – in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 800,00 EUR – in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 1.000,00 EUR <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Gemäß § 29 Abs. 2 SGB V haben Versicherte in der GKV zunächst einen Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung selbst zu leisten. Dieser Anteil wird von der GKV an die Versicherten zurückgezahlt, wenn die Behandlung planmäßig abgeschlossen worden ist. Der geleistete Anteil ist nach Tarif PlanJ nicht erstattungsfähig.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u> 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u> 80 %</p> <p>Die Erstattung beträgt – unabhängig von der Anzahl der eintretenden Versicherungsfälle und davon, ob eine GKV-Vorleistung erfolgt – insgesamt höchstens 3.600,00 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit.</p>
J 6 Auslandsreisenschutz	<p>Ergänzende allgemeine Regelungen für den Auslandsreisenschutz nach J 6.1 bis 6.17</p> <p>Reisedauer: Versicherungsschutz nach J 6.1 bis J 6.17 besteht abweichend von § 6 Abs. 1 AVB/ZV 2011 für die ersten 60 Tage einer privaten oder beruflichen Auslandsreise.</p> <p>Muss der Aufenthalt im Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über 60 Tage hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p> <p>Geltungsbereich: Versicherungsschutz besteht für Auslandsreisen weltweit mit Ausnahme von Deutschland und dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> <p>Wartezeiten: Abweichend von § 4 AVB/ZV 2011 entfallen die Wartezeiten.</p> <p>Obliegenheiten: Für den Auslandsreisenschutz gelten ergänzend zu den in §§ 20 bis 23 AVB/ZV 2011 geregelten Obliegenheiten folgende besondere Obliegenheiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Im Leistungsfall ist der Central der Beginn der Auslandsreise nachzuweisen. b) Ein stationärer Aufenthalt ist der Central so früh wie möglich anzuzeigen. c) Über einen beabsichtigten Krankenrücktransport ist die Central so früh wie möglich zu informieren. <p>Zulässige Behandelnde: Abweichend von A 1 steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei.</p> <p>Sofern ärztlich verordnet, kann auch medizinisches Fachpersonal (z. B. Chiropraktiker, Osteopathen, Heilpraktiker) in Anspruch genommen werden.</p> <p>Leistungsausschlüsse: Für den Auslandsreisenschutz gelten ergänzend zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besondere Leistungsausschlüsse. Diese sind in J 6.17 geregelt.</p>	

J 6.1 Ambulante Leistungen	Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für a) Untersuchung und Heilbehandlung b) Arznei-, Verband- und Heilmittel c) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie erstmals erforderlich werden.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.2 Leistungen im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für a) ärztliche Leistungen, allgemeine Krankenhausleistungen, Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus b) gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre stationär behandelt werden. Auf die Erstattung der Aufwendungen nach J 6.2 a) und b) kann insgesamt verzichtet werden. In diesem Fall wird für jeden Tag des stationären Aufenthalts ein Krankenhaustagegeld von 50,00 EUR gezahlt. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central vor Beginn der Behandlung im Krankenhaus über die Wahl des Krankenhaustagegeldes informiert wird.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Bei Wahl des Krankenhaustagegeldes beträgt die Höchstleistung 1.500,00 EUR je Versicherungsfall.
J 6.3 Zahnärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für a) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich plastischer Zahnfüllungen b) provisorischen Zahnersatz und provisorische Zahnkronen jeweils in einfacher Ausführung c) einfache Reparaturen von Zahnersatz und Zahnkronen	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.4 Ambulante Traumabehandlung	Abweichend von J 6.17 d) sind auch Aufwendungen für die ambulante psychologische oder psychotherapeutische Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen erstattungsfähig, wenn sich auf der Reise ein Unfall, ein Gewaltverbrechen oder eine Naturkatastrophe ereignet.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.5 Leistungen bei Schwangerschaft	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für a) die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen b) die Entbindung bei Frühgeburt (bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche) einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind entstehenden Kosten (einschließlich Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes) c) die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt d) den nicht rechtswidrigen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.6 Krankentransporte	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport a) in das nächsterreichbare Krankenhaus, in dem eine ambulante Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt b) zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus c) nach einer Behandlung im Krankenhaus zurück zur Unterkunft Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Begleitperson.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.7 Krankenrücktransport	Erstattungsfähig sind die Kosten eines Krankenrücktransports aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn a) der Krankenrücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder b) die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich noch einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Leistungsvoraussetzung ist, dass die versicherte Person transportfähig ist und die Central den Krankenrücktransport organisiert. Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, trägt die Central auch die Kosten für die Begleitperson. Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre trägt die Central grundsätzlich die Kosten einer Begleitperson. Keine Leistungspflicht besteht für Krankenrücktransporte, wenn die versicherte Person aus medizinischer Sicht voraussichtlich innerhalb von sieben Tagen eine reguläre Rückreise antreten kann.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

J 6.8 Suche, Rettung und Bergung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.
J 6.9 Bestattung und Überführung	Erstattungsfähig sind im Todesfall die Kosten 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.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.10 Betreuung und Rück- reise mitreisender Kinder	Muss die versicherte Person stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstirbt sie und kann keine mitreisende erwachsene Person die Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person übernehmen, sind für diese Kinder folgende Aufwendungen erstattungsfähig: a) Betreuung vor Ort b) Rückreise aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person c) Hin- und Rückreise einer Begleitperson für die Rückreise des Kindes Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central Betreuung und Rückreise des Kindes sowie Hin- und Rückreise der Begleitperson organisiert.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.11 Krankenbesuche	Erstattungsfähig sind bei stationärem Krankenhausaufenthalt Aufwendungen für die Hin- und Rückreise einer der versicherten Person nahestehenden Person für einen Krankenbesuch. Leistungsvoraussetzung ist, dass a) die versicherte Person ohne Begleitung eines (weiteren) Erwachsenen reist, b) der Krankenbesuch bei der Central beantragt wird und der Krankenhausaufenthalt zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich noch länger als 14 Tage dauern wird, c) ein Krankentransport der versicherten Person in diesem Zeitraum aus medizinischen Gründen nicht vertretbar ist und d) die Central die Hin- und Rückreise für den Krankenbesuch organisiert.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.12 Blutkonserven	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Blutkonserven. Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven verfügbar sind, sind auch Aufwendungen für den Versand erstattungsfähig.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.13 Reisegepäckerückholung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Rücktransport des Reisegepäcks an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Central die Rückholung des Reisegepäcks organisiert.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 400,00 EUR je Versicherungsfall.
J 6.14 Fahrzeugrückholung	Erstattungsfähig sind bei Auslandsreisen innerhalb Europas Aufwendungen für die Fahrzeugrückholung, wenn die versicherte Person, die das Fahrzeug geführt hat, für mindestens drei Tage fahruntfähig ist. Die Fahrzeugrückholung erfolgt an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person. Leistungsvoraussetzung ist, dass a) kein Mitreisender das Fahrzeug führen kann, b) die Fahruntfähigkeit durch ärztliches Attest nachgewiesen wird, c) das Fahrzeug ein zulässiges Gesamtgewicht von 3,5 Tonnen nicht überschreitet, d) sich das Fahrzeug in einem verkehrstauglichen Zustand befindet, e) das Fahrzeug bereits für die Hinreise verwendet wurde und f) die Central die Fahrzeugrückholung organisiert.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.15 Telefonkosten	Erstattungsfähig sind nachgewiesene Aufwendungen für Telefonate mit der Central.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 25,00 EUR je Versicherungsfall.

<p>J 6.16 Weitere Assistanceleistungen</p>	<p>Die Central erbringt im Zusammenhang mit einer nach J 6.1 bis J 6.14 versicherten Leistung folgende Assistanceleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ganzjähriger telefonischer 24-Stunden-Service b) Impfberatung (unabhängig von einem Versicherungsfall und auch vor Reiseantritt) c) Benennung von Deutsch oder Englisch sprechenden Ärzten und Organisation von Terminen d) Benennung von Krankenhäusern und Spezialkliniken e) Benennung von Notfallapotheken f) Auskunft zu am Reiseort erhältlichen Arznei- und Hilfsmitteln g) Organisation der Lieferung von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Central, wenn diese am Reiseort nicht verfügbar sind oder die versicherte Person nicht in der Lage ist, diese selbst zu beschaffen h) Herstellung eines erforderlichen Kontaktes zwischen den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und dem Hausarzt einschließlich der Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten i) Übersetzung medizinischer Unterlagen j) Weiterleitung von Informationen an Angehörige k) Beschaffung und Versand von Ersatz für ins Reiseland mitgenommene Arzneimittel, die auf der Reise verloren gegangen sind oder gestohlen wurden und am Reiseort nicht verfügbar sind. Die Aufwendungen für das Arzneimittel sind der Central innerhalb von drei Monaten nach Ende der Reise zurückzuzahlen. l) bei stationärem Aufenthalt, für den Leistungspflicht besteht, Kostenübernahmegarantie gegenüber Ärzten und Krankenhäusern m) Auskunft über Möglichkeiten anwaltlicher Vertretung im Ausland 	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
<p>J 6.17 Besondere Leistungsausschlüsse für den Auslandsreiseschutz</p>	<p>In Ergänzung zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besteht für den Auslandsreiseschutz nach J 6 keine Leistungspflicht für:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose vor Reiseantritt bereits feststand b) Versicherungsfälle, die vor Beginn des Auslandsaufenthalts eingetreten sind. Es besteht jedoch Leistungspflicht, wenn bei Reisebeginn aus medizinischer Sicht Reisefähigkeit bestand und während der Auslandsreise eine unerwartete akute Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt. c) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war d) Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen einschließlich psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Es besteht jedoch Leistungspflicht für die Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen gemäß J 6.4. e) Untersuchung und Behandlung wegen regelrecht verlaufender Schwangerschaft und Entbindung sowie für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge f) Leistungen nach J 6.5, wenn die Schwangere die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten oder ein Verkehrsmittel gewählt hat, von dem der Arzt abgeraten hat g) Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Inlays/Onlays sowie für Zahnprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädie h) Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen i) Hypnose 	

Ende der Versicherung nach Tarif PlanJ, Fortführung nach Tarif Plan2

Die Versicherung nach Tarif PlanJ endet mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet. Sie wird vom Beginn des Folgemonats an ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach Tarif Plan2 fortgeführt.

Versicherte Personen mit bestehender Gesundheitsgarantie (vgl. Abschnitt K) können ihre Versicherung alternativ auch nach Tarif Plan1 fortführen.

Personen in der Ausbildung können die Versicherung auch nach dem Ausbildungstarif APlan2 oder APlan1 fortführen (vgl. Abschnitt M 1). Personen mit einer Vermögenssicherungspolice bei der Generali Deutschland Versicherung AG können auch die VSP-Varianten Plan2V oder Plan1V bzw. APlan2V oder APlan1V wählen (vgl. Abschnitt M 2).

Der Versicherungsnehmer kann der Fortführung bis zu zwei Monate nach Erhalt der Mitteilung über die Vertragsänderung widersprechen.

K Gesundheitsgarantie

Im Rahmen der Gesundheitsgarantie kann der Versicherungsschutz zu bestimmten Zeitpunkten (Garantiezeitpunkte) ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erweitert werden.

Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Gesundheitsgarantie

Die Gesundheitsgarantie K 1 bis K 3 kann in Anspruch genommen werden, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht zum Garantiezeitpunkt Versicherungsschutz nach mindestens einem der Tarife Plan1, Plan2, PlanA, PlanS, PlanJ oder APlan1, APlan2, APlanA, APlanS oder Plan1V, Plan2V, APlan1V, APlan2V.
- Der Versicherungsschutz nach den Tarifen aus Mein Gesundheitsplan wurde zu keinem Zeitpunkt durch Kündigung eines Tarifs oder durch Umstellung in einen Tarif mit geringerem Leistungsumfang (z. B. von Plan1 in Plan2 oder PlanA+PlanZ1 in PlanA+PlanZ2) reduziert.
Die Fortführung des PlanJ-Versicherungsschutzes mit Vollendung des 21. Lebensjahres im Tarif Plan2 oder Plan1 bzw. APlan2 oder APlan1 oder einer korrespondierenden VSP-Variante (Plan2V, Plan1V oder APlan2V, APlan1V) gilt nicht als Reduktion des Versicherungsschutzes.
- Die versicherte Person ist zum Garantiezeitpunkt höchstens 49 Jahre alt.
- In den letzten zwölf Monaten vor dem Garantiezeitpunkt bestand kein Beitragsrückstand.
- Der Versicherungsnehmer beantragt die Erweiterung des Versicherungsschutzes in Textform spätestens zwei Monate nach Erreichen des Garantiezeitpunkts.

Risikoeinstufung bei Inanspruchnahme der Gesundheitsgarantie

Bei Abschluss eines Tarifs aus Mein Gesundheitsplan mit Gesundheitsgarantie wird der Gesundheitszustand der versicherten Person festgehalten. Dieser Gesundheitszustand ist für die Risikoeinstufung in den jeweiligen Zieltarifen maßgebend, wenn der Versicherungsnehmer die Gesundheitsgarantie in Anspruch nimmt. Zwischenzeitliche Verschlechterungen des Gesundheitszustands bleiben unberücksichtigt.

K 1 Erweiterung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Tarife aus Mein Gesundheitsplan

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass der Versicherungsschutz erweitert wird durch

- die Hinzuvversicherung von bisher nicht versicherten Tarifen aus Mein Gesundheitsplan,
- eine Umstellung in höherwertige Tarife aus Mein Gesundheitsplan.

Garantiezeitpunkt ist jeweils der 01.01. eines geraden Kalenderjahres.

K 2 Erweiterung des Versicherungsschutzes bei Leistungseinschränkungen in der GKV

Führt die Central anlässlich zukünftiger Leistungseinschränkungen in der GKV neue Tarife in der Krankheitskostenzusatzversicherung ein, kann der Versicherungsnehmer die Erweiterung des Versicherungsschutzes im Rahmen dieser Tarife verlangen. Die Central wird die Einführung solcher Tarife sowie den Garantiezeitpunkt bekannt geben.

K 3 Umstellung in eine Krankheitskostenvollversicherung

Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, die Versicherung in eine Krankheitskostenvollversicherung umzustellen. Voraussetzung ist, dass die Bonitätsprüfung nach den zum Garantiezeitpunkt für das Neugeschäft geltenden Grundsätzen positiv ausfällt.

Bei Umstellung in die Krankheitskostenvollversicherung besteht zudem das Recht auf Abschluss einer privaten Pflegepflichtversicherung. Außerdem besteht das Recht auf Abschluss einer Krankentagegeldversicherung mit einem versicherten Krankentagegeld, das – zusammen mit ggf. bestehenden weiteren Krankentagegeldern – das nachgewiesene Nettoeinkommen nicht übersteigt. Der Abschluss eines Krankentagegelds, das einen Tagessatz von 130,00 EUR übersteigt, ist nur insoweit möglich, als dass damit das zum Garantiezeitpunkt für das Neugeschäft geltende Höchsttagegeld nicht überschritten wird.

Die Gesundheitsgarantie K 3 kann nur für versicherte Personen ausgeübt werden, für die zum Garantiezeitpunkt weder Versicherungspflicht in der GKV noch ein Anspruch auf Familienversicherung in der GKV noch ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht.

Garantiezeitpunkte sind

- der Wegfall der Versicherungspflicht in der GKV
- der Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung
- der Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge
- jeweils der 01.01. eines geraden Kalenderjahres

L Dynamisierung

Die Central prüft in regelmäßigen Abständen, ob die für einzelne Leistungen geltenden tariflichen Erstattungshöchstbeträge 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.

Diese Regelung zur Dynamisierung gilt entsprechend für den Familienrabatt.

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

Für Personen in der Ausbildung und Personen mit Vermögenssicherungspolice der Generali Deutschland Versicherung AG werden besondere Tarifvarianten angeboten.

M 1 Ausbildungstarife

Die nachfolgenden Tarife aus Mein Gesundheitsplan werden auch als Ausbildungstarife mit identischen Leistungen zu einem reduzierten Beitrag ohne Bildung von Alterungsrückstellungen angeboten.

Tarif	Ausbildungstarif
Plan1	APlan1
Plan2	APlan2
Plan3	APlan3
PlanZ1	APlanZ1
PlanZ2	APlanZ2
PlanZ3	APlanZ3
PlanA	APlanA
PlanS	APlanS

Versicherungsfähig nach den Ausbildungstarifen sind Personen in der Ausbildung, die mindestens 21 und höchstens 39 Jahre alt sind und die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß Präambel erfüllen. Bei Antragstellung ist ein geeigneter Nachweis zu erbringen, dass sich die versicherte Person in Ausbildung befindet.

Die Versicherung in den Ausbildungstarifen ist für höchstens sechs Jahre möglich (Höchstversicherungsdauer). Sie endet in jedem Fall mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person 40 Jahre alt wird. Wird nach Ablauf der Höchstversicherungsdauer nachgewiesen, dass sich die versicherte Person weiterhin in Ausbildung befindet, kann auf Antrag eine Weiterversicherung nach den Ausbildungstarifen bis zum Ende der Ausbildung erfolgen, höchstens aber bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 40 Jahre alt wird.

In folgenden Fällen wird die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten vom Ersten des Folgemonats an nach dem entsprechenden Tarif aus Mein Gesundheitsplan mit Bildung von Alterungsrückstellungen fortgeführt:

- Ende der Ausbildung oder
- Erreichen der Höchstversicherungsdauer von sechs Jahren oder
- 40. Geburtstag der versicherten Person.

Die Beendigung der Ausbildung ist der Central innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der bei Fortführung zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Lebensalter der versicherten Person. Vereinbarte Risikozuschläge werden entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse werden übernommen.

Wird die Fortführung nicht gewünscht, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung nach Mein Gesundheitsplan für die betroffene versicherte Person zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Versicherungsfähigkeit in den Ausbildungstarifen endet. Die Kündigung kann auch bis zu zwei Monate rückwirkend erklärt werden. Sie kann auch für einzelne Tarife erfolgen.

M 2 Tarife für Personen mit Vermögenssicherungspolice (VSP-Tarife)

Berechtigter Personenkreis und angebotene Tarife

Ist der Versicherungsnehmer der Central zugleich Versicherungsnehmer einer Vermögenssicherungspolice bei der Generali Deutschland Versicherung AG, kann er für sich und die bei der Central mitversicherten Personen als Tarifvariante die VSP-Tarife wählen. Als VSP-Tarife werden die in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Tarife angeboten.

Tarif	VSP-Tarif
Plan1	Plan1V
Plan2	Plan2V
Plan3	Plan3V
APlan1	APlan1V
APlan2	APlan2V
APlan3	APlan3V

Zusätzlich zu den Leistungen der Normaltarife (Plan1, Plan2, Plan3, APlan1, APlan2, APlan3) enthalten die VSP-Tarife eine optionale Sicherungsgarantie.

Beitragsvorteil (VSP-Nachlass)

Die Beiträge für die VSP-Tarife sind gegenüber den Beiträgen der entsprechenden Normaltarife reduziert (VSP-Nachlass).

Nachweise

Auf Verlangen der Central ist vom Versicherungsnehmer ein geeigneter Nachweis über die bestehende Vermögenssicherungspolice zu erbringen.

Bei Beendigung der Vermögenssicherungspolice wird die Versicherung bei der Central vom Ersten des Folgemonats an nach den entsprechenden Normaltarifen fortgeführt. Die Beendigung ist der Central innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Sicherungsgarantie (optional)

Die Sicherungsgarantie kann für Personen abgeschlossen werden, für die bei Antragstellung noch eine GKV-Zusatzversicherung mit zahnärztlichen Leistungen bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht (Vorversicherung). Sie gewährleistet einen vorteilhaften Übergang auf den VSP-Tarif.

Dauer und Inhalt

Die Sicherungsgarantie läuft vom beantragten Zeitpunkt bis zum Zeitpunkt der frühestmöglichen Beendigung der Vorversicherung.

Mit dem Ende der Sicherungsgarantie beginnt der Versicherungsschutz nach dem VSP-Tarif. Versicherungsschutz besteht dann auch für Versicherungsfälle, die während der Dauer der Sicherungsgarantie eingetreten sind. Erstattungsfähig sind jedoch nur Aufwendungen, die in die Zeit nach Beginn des Versicherungsschutzes fallen.

Die Sicherungsgarantie bietet folgende Vorteile:

- Der Versicherungsschutz nach dem VSP-Tarif beginnt ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- Die Wartezeiten im VSP-Tarif entfallen.
- Die Dauer der Sicherungsgarantie wird auf den Zeitraum der Zahnstaffel im VSP-Tarif angerechnet.

Voraussetzungen

- Bei Antragstellung muss eine GKV-Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen bei einem anderen privaten Krankenversicherer bestehen (Vorversicherung). Eine Auslandsreisekrankenversicherung reicht als Vorversicherung nicht aus.
- Die Vorversicherung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt beendet. Dieser Zeitpunkt ist bei Antragstellung anzugeben. Die Beendigung ist auf Verlangen nachzuweisen.

Beitrag

Für die Dauer der Sicherungsgarantie ist ein Beitrag in Höhe von 4 % des Beitrags des beantragten VSP-Tarifs zu entrichten. Bei Beitragsanpassungen ist der Beitrag zum erreichten Lebensalter maßgeblich.

Alterungsrückstellungen werden während der Dauer der Sicherungsgarantie nicht gebildet.

Bei Beginn des Versicherungsschutzes nach dem VSP-Tarif wird der Beitrag zu dem dann erreichten Alter berechnet.

Leistungen

Ein Anspruch auf Leistungen besteht für die Dauer der Sicherungsgarantie nicht.

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 sonstige 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),– weitere im Tarif genannte Ereignisse.
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	<p>Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/ZV 2011), 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>Die Wartezeit beträgt grundsätzlich 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 unfallbedingter Behandlung,– 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 Mitgliedstaaten der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie der Schweiz.

Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden 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.

Abweichende Vereinbarungen können getroffen werden.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz bleibt der Versicherer für Heilbehandlungen höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Alternativ kann der Versicherte gegen Zahlung eines Beitragszuschlags Erstattung auf ausländischem Kostenniveau wählen. Der Beitragszuschlag ist ab dem 13. Aufenthaltsmonat zu zahlen. Das Wahlrecht muss vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ausgeübt werden.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz

Mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz endet das Versicherungsverhältnis.

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 und
- 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 Krankenhausaussweis (Card für Privatversicherte) ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot für die darauf genannten Leistungen nicht.

§ 10 Überschussbeteiligung

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. Der erste Beitrag ist frühestens nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(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 Einziehungsversuchen 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,
- in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen nach dem Geschlecht der versicherten Person
- und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person.

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 und des Geschlechts bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden berücksichtigt:

- der Tarif,
- in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen das Geschlecht der versicherten Person,
- das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person. 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 und 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

Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Rücktritt des Versicherers

Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Leistungsfreiheit des Versicherers

Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

§ 14

Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Zahlungsverzug und Folgen für den Versicherungsschutz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer auf Kosten des Versicherungsnehmers die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(2) Kündigung des Versicherungsverhältnisses

Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Fristablauf noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist und der Versicherungsnehmer hierauf bei der Kündigung ausdrücklich hingewiesen worden ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt.

§ 15

Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt gemäß § 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.

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.

(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**

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; eine 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 Leistungsausschluss oder 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.

§ 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. 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. Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherer.</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, 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. Andernfalls 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. Darüber hinaus kann der Versicherer bei Verletzung der Obliegenheit nach Abs. 4 unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.</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 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, ist § 86 Abs. 1 und 2 VVG entsprechend anzuwenden.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	<p>(1) Vertragsdauer</p> <p>Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für Ausbildungskrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.</p> <p>(2) Berechnung des Versicherungsjahrs</p> <p>Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.</p>
§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	<p>(1) Ordentliche Kündigung</p> <p>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. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p> <p>(2) Vertraglich geregelte Beitragsänderung</p> <p>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.</p> <p>(3) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung</p> <p>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.</p> <p>(4) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung</p> <p>Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung 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, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.</p> <p>(5) Fortführung als Anwartschaftsversicherung</p> <p>Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.</p>
§ 26 Kündigung durch den Versicherer	<p>(1) Ordentliche Kündigung</p> <p>Der Versicherer verzichtet auf das Recht der ordentlichen Kündigung der Versicherung.</p> <p>(2) Außerordentliche Kündigung</p> <p>Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p>
§ 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung	<p>(1) Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer</p> <p>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 von zwei Monaten nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p> <p>(2) Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch den Versicherer</p> <p>Wird eine Krankheitskostenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, haben die versicherten Personen das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Der Versicherer hat die versicherten Personen in Textform über die Kündigung und das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären, zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von dem Fortsetzungsrecht erlangt hat.</p>

(3) 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.

(4) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(5) 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 von zwei Monaten 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	<p>(1) Klagen des Versicherungsnehmers</p> <p>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.</p> <p>(2) Klagen des Versicherers</p> <p>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.</p> <p>(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz</p> <p>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.</p>
§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.
§ 32 Verjährung	<p>(1) Verjährungsfrist</p> <p>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.</p> <p>(2) Hemmung der Verjährung</p> <p>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.</p>

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