

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Gesamt-Inhaltsverzeichnis

Seite

Allgemeine Informationen

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) 2

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP)

Teil I AVB/RVP

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP) 6

Teil II Tarife

R+V-Gesundheitsbudget 300, 600, 900, 1200 und 1500 PROFIL	20
R+V-Klinik 1 PROFIL	26
R+V-Klinik 2 PROFIL	32
R+V-Dental 70 % PROFIL	38
R+V-Dental 900/90 PROFIL	42
R+V-Dental 900 und 1800 PROFIL	46
R+V-Ambulant PROFIL	50
R+V-Gesundheitsbudget 300, 600, 900, 1200 und 1500 PROFIL team	54
R+V-Gesundheitsbudget 300, 600, 900, 1200 und 1500 PROFIL individual	59
R+V-Klinik 1 PROFIL individual	64
R+V-Klinik 2 PROFIL individual	69
R+V-Dental 70 % PROFIL individual	74
R+V-Dental 900/90 PROFIL individual	77
R+V-Dental 900 und 1800 PROFIL individual	81
R+V-Ambulant PROFIL individual	84

Allgemeine Versicherungsbedingungen R+V-Ausland PROFIL (AROV, AROHP, ARONP, AROXP, AROY) R+V-Ausland PROFIL individual (ARIVP, ARIHP, ARINP, ARIXP, ARIYP) in Gruppenversicherungsverträgen (AVB/ARP)

Allgemeine Versicherungsbedingungen R+V-Ausland PROFIL (AROV, AROHP, ARONP, AROXP, AROY) R+V-Ausland PROFIL individual (ARIVP, ARIHP, ARINP, ARIXP, ARIYP) in Gruppenversicherungsverträgen (AVB/ARP) 87

Anhang: Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	100
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)	104
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)	108

Merkblatt zum Datenschutz

Merkblatt zur Datenverarbeitung 110

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Versicherungsträger

R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger
Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Stefan Huhn, Dr. Matthias Ising.
Handelsregister Nr. HRB 7094, Amtsgericht Wiesbaden, USt-IdNr. DE 114106943

Hauptgeschäftstätigkeit

Die R+V Krankenversicherung AG betreibt die private Krankenversicherung einschließlich der Pflegepflichtversicherung sowie die Vermittlung von Versicherungen.

Sicherungsfonds

Die R+V Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln an, der nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zum Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Wesentliche Merkmale der Versicherung

Die für das von Ihnen beantragte Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Antrag und diesem Bedingungsheft.

Wesentliche Merkmale der von Ihnen beantragten Versicherungen - wie z. B. Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen - ergeben sich aus den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Beitrag

Die Höhe des Beitrags und die Zahlungsweise entnehmen Sie bitte dem Anschreiben zum Versicherungsschein und dem Versicherungsschein.

Zahlung und Erfüllung

Die Bestimmungen zur Zahlung und Erfüllung des Beitrags finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Zusätzlich anfallende Kosten

Informationen zu den während der Vertragslaufzeit möglicherweise anfallenden Kosten finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Die Höhe der Kosten, die für die Nutzung der von uns zur Kommunikation zur Verfügung gestellten Servicenummern entstehen, finden Sie im direkten Anschluss an die jeweilige Telefon- oder Telefaxnummer.

Zustandekommen des Vertrags

Vor Abgabe Ihres Antrags erhalten Sie mit diesen Verbraucherinformationen die Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls sonstige vertragsrelevante Informationen. Die Aufnahme Ihres Antrags stellt Ihr Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrags dar. Mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmestätigung der R+V Krankenversicherung AG ist der Versicherungsvertrag geschlossen, sofern Sie nicht Ihr Widerrufsrecht ausüben.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch frühestens mit Abschluss des Vertrages und nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten. In der privaten Pflegepflichtversicherung ist der Beginn des Versicherungsschutzes zudem von der rechtzeitigen Zahlung des ersten Beitrags abhängig. Näheres können Sie auch § 2 der für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen entnehmen.

Widerrufsbelehrung nach § 8 VVG

Für den Versicherungsnehmer des Vertrags gilt:

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Telefax: 0611 533-6190, E-Mail: gesundheit@ruv.de
Internetadresse: www.ruv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag. Der jeweilige Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu

dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;

15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit des Vertrags

Angaben zur Laufzeit und eine etwaige Mindestvertragsdauer finden Sie im Antrag sowie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Kündigungsrecht

Die Bestimmungen zum Kündigungsrecht finden Sie jeweils in den §§ 13 und 14 der für Sie geltenden Versicherungsbedingungen, für den Tarif PKB in den §§ 17 und 18 der AVB/GEPV bzw. Nrn. 7, 8 des Tarifs OT und Nr. 6 des Tarifs OTB.

Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Das im Falle eines Rechtsstreits zuständige Gericht finden Sie in den für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen in der Regelung zum Gerichtsstand.

Sprache

Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt, die Kommunikation während der Laufzeit wird in deutscher Sprache geführt.

Verbraucherschlichtungsstelle und Aufsichtsbehörde

Die R+V Krankenversicherung AG hat sich verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Der PKV-Ombudsmann übt diese Funktion aus. Bei Beschwerden können Sie daher das außergerichtliche Schlichtungsverfahren bei ihm in Anspruch nehmen. Wir erklären, dass wir an einem solchen Verfahren teilnehmen. Die Anschrift lautet: PKV-Ombudsmann, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Nähere Informationen zum Verfahren finden Sie auf der Homepage des PKV-Ombudsmann: www.pkv-ombudsmann.de.

Sie gehen mit der Einlegung einer Beschwerde beim PKV-Ombudsmann keinerlei Verpflichtungen ein. Die Empfehlung des Ombudsmanns bindet Sie in keiner Weise. Sie sind zudem nicht gehindert, Ihre Forderung im Klagewege zu verfolgen.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn wenden. Auch eine an die Aufsichtsbehörde gerichtete Beschwerde hindert Sie nicht, Ihre Forderung gerichtlich geltend zu machen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Der Versicherungsschutz	2
Begriffsbestimmungen	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 3 Wartezeiten	4
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	4
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	6
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	7
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	8
Pflichten des Versicherungsnehmers	8
§ 8 Beitragszahlung	8
§ 8 a Beitragsberechnung	9
§ 8 b Beitragsanpassung	10
§ 9 Obliegenheiten	10
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	10
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	11
§ 12 Aufrechnung	11
Ende der Versicherung	11
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	11
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	12
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	12
Sonstige Bestimmungen	13
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	13
§ 17 Gerichtsstand	13
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	13
§ 19 Tätigkeits- und Geschäftsgebiet, Vertragssprache	13

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP)

gültig ab 01.12.2023

Teil I Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

Begriffsbestimmungen

Gruppenvertragspartner = Natürliche oder juristische Person, die für einen mit dem Versicherer vereinbarten Personenkreis eine Gruppenversicherung abgeschlossen hat (z. B. Arbeitgeber/Unternehmen für seine Mitarbeiter bei betrieblicher Krankenversicherung).

Berechtigte Person = Person, für die nach dem Gruppenversicherungsvertrag eine Anmeldung zur Versicherung nach einem dieser Tarife vorgesehen ist und die soweit im Gruppenversicherungsvertrag vorgesehen zudem etwaige Angehörige versichern kann (z. B. Mitarbeiter eines Gruppenvertragspartners bei betrieblicher Krankenversicherung).

Angehörige = Familienangehörige einer berechtigten Person, die nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, Versicherungsausweis, dem Gruppenversicherungsvertrag, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen inkl. Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Absatz 4). Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die

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

- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann - soweit das Versicherungsverhältnis zu den Konditionen der Einzelversicherung geführt wird - die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absätze 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes etwaige Wartezeiten einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.

Dies gilt entsprechend, wenn ein Tarifwechsel aufgrund einer Änderung der persönlichen Verhältnisse der berechtigten Person oder Änderung des Gruppenversicherungsvertrags erfolgt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis bzw. Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Ist die berechtigte Person Versicherungsnehmer des Versicherungsverhältnisses, beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Abschluss des jeweiligen Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

Soweit nicht anders vereinbart wird für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Aufwendungen gelten jeweils zu dem Zeitpunkt als entstanden, zu dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen wurden.

- (2) Wird bei einem Versicherungsverhältnis anstelle des ursprünglich als Versicherungsnehmer vereinbarten Gruppenvertragspartners die berechtigte Person zum Versicherungsnehmer bestimmt, werden die im Rahmen des vorangegangenen Versicherungsverhältnisses erworbenen Rechte angerechnet. Dies gilt insbesondere für eine etwaige Mitversicherung von Versicherungsfällen, die vor dem ursprünglichen Versicherungsbeginn eingetreten sind.
- (3) Ist die berechtigte Person Versicherungsnehmer, wird der Vertrag pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt wurde. Für die zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldete berechtigte Person gilt § 13 Absatz 2.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifs an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahrs. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

- (4) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem

Tag der Geburt zum Ersten des Geburtsmonats rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind. Der erste Beitrag berechnet sich ggf. rätierlich ab diesem Tag.

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

§ 3 Wartezeiten

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Der Tarif kann hiervon abweichende Regelungen vorsehen. Soweit im Tarif vereinbart, sind Aufwendungen für die Behandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes erstattungsfähig.
- a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH); vgl. § 5 Absatz 1 a. Hämodialyse, auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.
- b) Die Aufwendungen einer Psychotherapie sind im jeweiligen tariflichen Umfang auch dann erstattungsfähig, wenn sie von einem staatlich geprüften, approbierten Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) durchgeführt und nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liquidiert wird.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- a) Arzneimittel
Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zwingend erforderlich sind, gelten ebenso wie Verbandmaterial als Arzneimittel. Nicht als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle) sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel.
- b) Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen)
Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlungen, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, ergotherapeutische Behandlung, podologische Behandlung, Schwangerschaftsgymnastik (ohne Geburtsvorbereitungskurse), Krankengymnastik und Übungsbehandlungen. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.

Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heil(hilfs)berufe (z. B. Masseuren) erbracht werden.

- c) Hilfsmittel
Soweit nicht anders geregelt, sind die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel einschließlich Körperersatzstücke sowie Behandlungs- und Kontrollgeräte erstattungsfähig.

Sofern der Tarif Leistungen für Sehhilfen enthält, sind auch die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung durch Optiker erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Unterhaltungs- und Betriebskosten von Hilfsmitteln, z. B. Reinigungs- und Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte. Ferner sind nicht erstattungsfähig sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer), die unabhängig von einer bestehenden Erkrankung üblicherweise in einem Haushalt vorhanden sind.

- d) Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport des Versicherten vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.

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

Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht:

- a) Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.
- b) Sofern der Tarif dies vorsieht: Wahlleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.
- c) Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr
Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt. Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt.
- d) Teilstationäre Behandlung
Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des tariflichen Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt. Entsprechendes gilt bei einer Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei einer ganztägigen Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld fällig.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
- b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder

- c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
- d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Absatz 5 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre. Beginnt die Versicherung nach dem 01.01. eines Jahrs, reduziert sich für dieses Kalenderjahr der Betrag um jeweils ein Zwölftel für jeden vor Versicherungsbeginn liegenden Monat. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses mindert sich der Betrag nicht.

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden. Der Tarif kann hiervon abweichende Regelungen vorsehen.

- (8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann die berechnete Person bzw. ein Versicherungsnehmer nach § 15 Absatz 2 Satz 2 in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (9) Der Versicherer gibt auf Verlangen der berechtigten Person, eines Versicherungsnehmers nach § 15 Absatz 2 Satz 2 bzw. der betroffenen versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch die berechnete Person, den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Für das jeweils gültige Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) gilt entsprechendes, sofern die Höchstbeträge überschritten sind. Der Tarif kann eine abweichende Regelung vorsehen;

- b) für Aufwendungen, die für ärztliche Gutachten und Atteste entstehen, die privaten oder dienstlichen Zwecken dienen, für Pflegepersonal und Desinfektionen und für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten;
 - c) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - e) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung der berechtigten Person bzw. des Versicherungsnehmers nach § 15 Absatz 2 Satz 2 über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
 - i) für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der betroffenen versicherten Person bekannten bestehenden Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen, es sei denn der Tarif bietet hiervon abweichend Versicherungsschutz für vor dem Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- Dies gilt auch für Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen, die in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mit versichert sind.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

- a) Als Nachweis sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen insbesondere enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Behandelnden mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum. Der Tarif kann die Verpflichtung zur Vorlage weiterer Unterlagen vorsehen.
- b) Wird nur Krankenhaustagegeld beantragt, genügt statt der Rechnung eine Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Aufenthaltes. Die Bescheinigung muss außerdem enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlungen. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld- oder Kurtagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Ist der Gruppenvertragspartner Versicherungsnehmer des Versicherungsverhältnisses leistet der Versicherer an die berechnigte (versicherte) Person.

Eine Erstattung von Beiträgen aus einer im Tarif vorgesehenen Beitragsfreistellung erfolgt jedoch ausschließlich an den Gruppenvertragspartner.

Ist die berechnigte Person Versicherungsnehmer oder ein Versicherungsnehmer nach § 15 Absatz 2 Satz 2 leistet der Versicherer an die versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Leistungsempfänger ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind, soweit nicht anders vereinbart, am Ersten eines jeden Monats fällig. Für die Beiträge ist dem Versicherer ein SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen. Auf Basis dessen werden die fälligen Beiträge eingezogen.
- (2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

Die für den jeweiligen Tarif geltenden Beitragsgruppen sind im Tarif geregelt. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.

- (3) Ist eine andere Zahlweise als die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats vereinbart, sind die Beiträge an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (4) In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.

In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.

Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

- (5) Der erste Beitrag ist -soweit nicht anders vereinbart - unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. Versicherungsausweises zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt. Einer rechtzeitigen Zahlung steht die Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats gleich, es sei denn die Bank führt den Einzug des fälligen Beitrags mangels Kontodeckung nicht aus oder der berechtigten Lastschrift wird durch den hierzu Befugten widersprochen.
- (6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist der Gruppenvertragspartner Versicherungsnehmer eines Versicherungsverhältnisses, gelten ergänzend hierzu die Vereinbarungen im Gruppenversicherungsvertrag.

Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

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

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.
- Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine nicht nur vorübergehende 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 kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen mit Zustimmung des Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Treuhänder ist derjenige Treuhänder, der vom Versicherer gegenüber der Aufsichtsbehörde als unabhängiger Treuhänder für die nicht gesetzlich vorgeschriebenen substitutiven Krankenversicherungstarife benannt ist.

- (2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages kein anderer Zeitpunkt vereinbart wird.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die berechtigten und die versicherten Personen sowie Versicherungsnehmer nach § 15 Absatz 2 Satz 2 haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist sie verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absätze 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absätze 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 9 Absatz 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers bzw. der berechtigten Person gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer, die berechtigte oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer, die berechtigte oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer, die berechtigte oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer, der berechtigten oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, kann die berechtigte Person während der Dauer der Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages nur das gesamte nach dem Gruppenversicherungsvertrag für sie vereinbarte Tarifpaket einschließlich der von ihr für Angehörige vereinbarte Versicherungsverhältnisse zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (3) 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 bzw. ein Beitragszuschlag zu zahlen ist, kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens gekündigt werden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 Absatz 1, so kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden.

- (5) Sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, kann die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung zum Schlusse des Monats verlangt werden, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. bei vorzeitigem Ausscheiden einer zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten berechtigten Person aus dem versicherungsfähigen Personenkreis hat diese das Recht, das Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach dem/den hierfür zur Verfügung stehenden Tarif/en fortzuführen, soweit Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt.

Ist im Tarif für die Versicherungsfähigkeit ein Wohnsitz des Versicherungsnehmers in der Bundesrepublik Deutschland festgelegt, kann dieser seinen ständigen Wohnsitz zum Zeitpunkt der Erklärung des Willens zur Fortführung auch in einem Land der EU oder des EWR haben.

Die Erklärung zur Fortführung ist innerhalb zweier Monate ab dem Zeitpunkt der Information durch den Versicherer über das Fortführungsrecht gegenüber dem Versicherer abzugeben. Als Eintrittsalter wird das von der jeweiligen versicherten Person dann erreichte tarifliche Alter zu Grunde gelegt.

- (2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des am Gruppenversicherungsvertrag teilnehmenden Mitarbeiters des Gruppenversicherungsvertragspartners. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod der berechtigten Person abzugeben.
- (3) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (4) Entfällt für eine versicherte Person die Versicherungsfähigkeit (z. B. durch Verlegung des ständigen Wohnsitzes in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR oder weil sie weder in einer deutschen GKV noch PKV versichert ist), endet das Versicherungsverhältnis für die betroffene Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.
- (5) Liegt ein Scheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit Versicherungsfähigkeit besteht. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.
- (6) Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen 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. Hinsichtlich des Treuhänders gilt § 8 b Absatz 1, Satz 4 entsprechend. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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, es sei denn, mit dem Gruppenversicherungspartner wird ein anderer Termin vereinbart.

§ 19 Tätigkeits- und Geschäftsgebiet, Vertragssprache

Tätigkeits- und Geschäftsgebiet des Versicherers ist die Bundesrepublik Deutschland. Die Vertragssprache ist Deutsch.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

R+V-Gesundheitsbudget 300, 600, 900, 1200 und 1500 PROFIL

Tarife

R+V-Gesundheitsbudget 300 PROFIL (G30VP, G30HP, G30NP, G30XP, G30YP)

R+V-Gesundheitsbudget 600 PROFIL (G60VP, G60HP, G60NP, G60XP, G60YP)

R+V-Gesundheitsbudget 900 PROFIL (G90VP, G90HP, G90NP, G90XP, G90YP)

R+V-Gesundheitsbudget 1200 PROFIL (G120VP, G120HP, G120NP, G120XP, G120YP)

R+V-Gesundheitsbudget 1500 PROFIL (G150VP, G150HP, G150NP, G150XP, G150YP)

Zusatzversicherungen mit einem kalenderjährlichen Budget für ambulante Leistungen

gültig ab 01.12.2023

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV). Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach einem der Tarife vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einem in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherer (PKV) nach Tarifen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) genügen sowie
- deren ständiger Wohnsitz entweder in Deutschland oder in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Nrn. 2.1, 2.2, 2.11 und 2.12 die Aufwendungen für die in Nrn. 2.3 bis 2.10 genannten Behandlungen und bietet dem Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrags Beitragsfreistellung für entgeltfreie Zeiten der versicherten Person nach Nr. 4.

2.1 Umfang und Leistungen**2.1.1 Budget**

Der Höchstleistungsbetrag (Gesamtbudget) für die unter Nr. 2.3 bis 2.10 genannten Leistungen beträgt je Kalenderjahr insgesamt

300 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 300 PROFIL (G3OVP, G3OHP, G3ONP, G3OXP, G3OYP),
600 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 600 PROFIL (G6OVP, G6OHP, G6ONP, G6OXP, G6OYP),
900 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 900 PROFIL (G9OVP, G9OHP, G9ONP, G9OXP, G9OYP),
1.200 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 1200 PROFIL (G12OVP, G12OHP, G12ONP, G12OXP, G12OYP),
1.500 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 1500 PROFIL (G15OVP, G15OHP, G15ONP, G15OXP, G15OYP).

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.1.2 Leistungen bei unterjährigem Versicherungsbeginn

Abweichend von § 4 Absatz 7 AVB/RVP steht das kalenderjährliche Gesamtbudget bei unterjährigem Versicherungsbeginn in voller Höhe zur Verfügung.

2.2 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Dauert eine Behandlung über den Jahreswechsel hinaus an, werden die Vorleistungen auf die jeweils bezuschussten bzw. erstatteten Leistungspositionen bzw. Befunde angerechnet. Ist dies mangels fehlender Informationen oder weil befundbezogene Einzelleistungen über einen Jahreswechsel hinaus erfolgen, nicht möglich, erfolgt die Verteilung der Vorleistung im Verhältnis der für die unterschiedlichen Kalenderjahre in Rechnung gestellten Kosten.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, sowie mit der PKV vereinbarte kalenderjährliche betragsmäßige Selbstbehalte gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, der Eingliederungshilfe und der gesetzlichen Unfallfürsorge.

2.3 Zahnprophylaxe und Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Zu den erstattungsfähigen Maßnahmen zählen z. B. die

- Erstellung des Mundhygienestatus sowie die eingehende Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (Professionelle Zahnreinigung)
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Fissurenversiegelung.

- b) Kunststofffüllungen (auch Kompositfüllung im Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Verfahren genannt)
Zu den erstattungsfähigen Kunststofffüllungen zählen insbesondere Füllungen im nichtsichtbaren Seiten- und Backenzahnbereich.
- c) Wurzelbehandlung
- d) Behandlung von Parodontose bzw. Parodontitis
- e) Maßnahmen zur Schmerzlinderung im unmittelbaren Zusammenhang mit Behandlungen nach a) bis d), einschließlich Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose oder Hypnose, Akupunktur zur Schmerzausschaltung.
- f) Aufbissbehelfe und adjustierte Okklusionsschienen (z. B. Knirscherschienen, DROS-Schienen) einschließlich der zur Versorgung mit der Schiene unmittelbar erforderlichen Funktionsanalyse und -therapie.
- g) zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten), soweit diese zur Erbringung einer der versicherten Behandlungsleistungen unmittelbar erforderlich sind.

2.4 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, implantatgetragenen Zahnersatz, Verblendungen bis zu Zahn/regio sieben sowie Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Veneers (keramische Verblendschalen), Inlays und Onlays.

Ferner wird geleistet für die Kosten der zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz unmittelbar erforderlichen Leistungen einschließlich

- Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose oder Hypnose, Akupunktur zur Schmerzausschaltung
- Computertomographie (CT) oder digitale Volumetomographie (DVT) bei Versorgung mit Implantaten
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie, einschließlich therapeutischer Schienen

2.5 Unfallbedingte Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die kieferorthopädische Behandlung von Kieferfehlstellungen, soweit sie verletzungsbedingt notwendig ist.

2.6 Ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Ambulante ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, die zur gezielten Früherkennung von Krankheiten geeignet sind oder im Rahmen der Betreuung von Schwangeren erfolgen.
- b) Schutzimpfungen einschließlich Reiseimpfungen und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, das sind insbesondere alle Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) empfohlen werden.

2.7 Sehhilfen, ambulante chirurgische Sehschärfenkorrektur (refraktive Chirurgie)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Sehhilfen (Brillenfassungen, Brillengläser, Kontaktlinsen) einschließlich
 - Bildschirmarbeitsplatzbrillen,
 - Sonnenbrillen,
 - Brillen mit selbsttönenden Gläsern

in Sehstärke.

Ergänzend zu § 4 Absatz 3 AVB/RVP sind diese auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, wenn sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden.

- b) Ambulante Operationen zur Sehschärfenkorrektur, das sind Augenoperationen einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen zur Behebung oder Linderung von Fehlsichtigkeit mittels:
- Hornhautchirurgie (z. B. Lasik)
 - Linsen Chirurgie (Implantation von Intraokularlinsen)
 - Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten für die Implantation von Intraokularlinsen mit Zusatzfunktionen (z. B. Multifokallinsen) bei Katarakt-Operation (Operation zur Behandlung von grauem Star).

2.8 Hilfsmittel - ausgenommen Sehhilfen

Erstattet werden die Aufwendungen für

- ärztlich verordnete Hilfsmittel,
- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen nach § 33 Absatz 8 i.V.m. § 61 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - siehe Anhang, soweit sie tatsächlich vom Versicherten zu zahlen sind.

Hiervon ausgenommen sind Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI, siehe auch Nr. 2.12 d).

2.9 Arznei-, Verband- und Heilmittel

Erstattet werden die Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker im Rahmen der Behandlung verordnete

- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel einschließlich Osteopathie durch hierfür zugelassene Behandelnde. Eine Verordnung ist nicht erforderlich, wenn Heilmittel von einem Arzt oder Heilpraktiker selbst erbracht werden.
- Ebenfalls erstattungsfähig sind gesetzlich festgelegte Zuzahlungen nach §§ 31 Absatz 3, 32 Absatz 2 i.V.m. § 61 SGB V (siehe Anhang) soweit sie tatsächlich vom Versicherten zu zahlen sind.

2.10 Ambulante Naturheilverfahren

- a) Ärzte
Erstattungsfähig sind in Erweiterung von § 4 Absatz 6 AVB/RVP die Aufwendungen für von einem Arzt angewandte Naturheilverfahren, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Hufelandverzeichnis) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind.
- b) Heilpraktiker
Die Aufwendungen für oben genannte und von Heilpraktikern angewandte Naturheilverfahren sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

2.11 Erstattungsfähige Aufwendungen

2.11.1 Liquidationen von Behandelnden

Ergänzend zu § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnete Aufwendungen erstattungsfähig.

Aufwendungen für Zahnersatz nach Nr. 2.4 und Kieferorthopädie nach Nr. 2.5 sind in Erweiterung von, § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP auch erstattungsfähig, wenn die Leistungen auf der Basis einer sachlich begründeten rechtswirksamen Honorarvereinbarung mit einer von den Höchstsätzen der

jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden.

Rechnungen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Kosten erstattungsfähig.

- 2.11.2 Vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle
Soweit nicht anders vereinbart, leistet der Versicherer abweichend von § 2 Absatz 1 AVB/RVP auch für Kosten medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen und sonstiger tariflicher Leistungen, die ab dem im Versicherungsausweis dokumentierten Versicherungsbeginn erfolgen, wenn der Versicherungsfall (siehe § 1 Absatz 2 AVB/RVP) bereits vor Anmeldung der versicherten Person eingetreten ist.

2.12 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- a) mit der GKV oder PKV vereinbarte Selbstbehalte;
- b) Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- c) Kosten für voll- oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen;
- d) Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI, die dem Pflegebedürftigen zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung seiner Beschwerden oder verordnet wurden, um ihm eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes, Zahnarztes, Heilpraktikers insbesondere:

- eine Kopie der Verordnung (Rezept) bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- die gesonderte Rechnung des Dentallabors bei Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Material und Laborkosten)
- einen Nachweis über etwaige Leistungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger

von GKV-Versicherten zusätzlich:

- einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV bei Zahnersatz
- eine Kopie des von der GKV genehmigten oder abgelehnten Behandlungsplans bei kieferorthopädischer Behandlung
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat

von PKV-Versicherten nach Nr. 1 zusätzlich:

- einen Nachweis über die für die einzelnen Leistungen erfolgten Erstattungen oder
- einen Nachweis über eine erfolgte Ablehnung mit der jeweiligen Begründung

4. Beitrag, Beitragsfreistellung

Für die versicherte Person ist unabhängig vom Alter der jeweils gültige nach den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte einheitliche Beitrag zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer hat für die jeweils versicherte Person nach Maßgabe von Nr. 4.2 einen Anspruch auf Beitragsfreistellung für diesen Tarif, sofern diese aus einem der Gründe nach Nr. 4.1 keinen Anspruch auf Entgelt gegenüber dem Versicherungsnehmer hat, maximal jedoch für 36 Monate je Beitragsfreistellungsgrund.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, Eintritt, Fortdauer und Ende des Beitragsfreistellungsgrunds auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei einer Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt § 10 AVB/RVP.

Die versicherte Person hat während der Dauer der Beitragsfreistellung unverändert vollen Versicherungsschutz und Anspruch auf die Leistungen nach diesem Tarif.

4.1 Beitragsfreistellungsgründe

- Ende der Entgeltfortzahlung bei ärztlich bescheinigter fortdauernder Arbeitsunfähigkeit
- Ruhen des Arbeitsverhältnisses wegen Elternzeit (je Kind bis zu maximal 36 Monate) nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
- vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung wegen Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz
- zwischen Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbarte vorübergehende vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung, während der auch keine Entgeltabrechnung erstellt wird (unbezahlter Urlaub, Sabbatical).

4.2 Beginn und Ende der Beitragsfreistellung, Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

4.2.1 Beginn der Beitragsfreistellung bei fristgemäßer Anzeige
Beginnt die Zeit, für die wegen eines Grunds nach Nr. 4.1 kein Entgelt gezahlt wird, an einem Monatsersten, wird dieser Monat beitragsfrei gestellt.

Beginnt die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, zu einem späteren Zeitpunkt, wird der Tarif ab dem Folgemonat beitragsfrei gestellt. Voraussetzung ist, dass zumindest für den Monatsersten des Folgemonats kein Entgelt gezahlt wird.

4.2.2 Ende der Beitragsfreistellung
Die Beitragsfreistellung endet mit dem Monat, in dem die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, endet, spätestens jedoch mit Ablauf des 36. Monats ab Beginn der Beitragsfreistellung.

Der Versicherungsnehmer ist dann verpflichtet, den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag zu zahlen.

4.2.3 Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige
Beginn und - soweit bekannt - das Ende des Zeitraums ohne Entgeltzahlung wegen eines Beitragsfreistellungsgrunds sind dem Versicherer spätestens innerhalb von zwei Monaten ab dem ersten entgeltfreien Tag anzuzeigen.

Erfolgt die Anzeige des Beginns der entgeltfreien Zeit später, beginnt die Beitragsfreistellung erst mit dem auf die Anzeige folgenden Monat, sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung fort dauern.

Endet der Zeitraum, für den kein Entgelt gezahlt wird vor einem mitgeteilten Zeitpunkt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, diesen Umstand unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt ebenfalls für eine Verlängerung des entgeltfreien Zeitraums.

R+V-Klinik 1 PROFIL

Tarif R+V-Klinik 1 PROFIL (K1OVP, K1OHP, K1ONP, K1OXP, K1OYP) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer

gültig ab 01.12.2023

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach diesem Tarif vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sowie
- deren ständiger Wohnsitz entweder in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt nach Maßgabe der Nrn. 2.2, 2.9 und 2.10 die in Nrn. 2.2 bis 2.8 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt und bietet dem Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrags Beitragsfreistellung für entgeltfreie Zeiten der versicherten Person nach Nr. 4.

2.1 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, gelten als anzurechnende Vorleistungen.

2.2 Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

- 2.2.1 Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Internetzugangs, Telefons und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- oder bei Entbindung einer versicherten Person alternativ die Unterkunft in einem Familienzimmer einschließlich Verpflegung einer Begleitperson sowie der Kosten für die Bereitstellung eines Internetzugangs, Telefons und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
zu 100 %;
- Zuzahlungen zur stationären Behandlung nach § 61 S. 2 SGB V
zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
zu 100 %.

2.2.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:

- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Entbindung auch keine Belegung eines Familienzimmers)
30 EUR;
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
40 EUR;
- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen
70 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag.

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.3 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.3.1 Krankenhäuser im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV abrechnen

- a) bei Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten, einschließlich Zuzahlungen nach § 61 S. 2 SGB V sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.5)
zu 100 %;
- b) ohne Vorleistung der GKV:
Übernimmt die GKV keine Kosten für Allgemeine Krankenhausleistung, wird für jeden Tag der stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von
70 EUR
gezahlt.

2.3.2 Bei stationärer Behandlung im Ausland:

Bei stationärer Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird für jeden Tag der stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von
70 EUR
gezahlt.

2.4 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer nach Vorleistung der GKV die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.5) sowie Sachkosten werden ersetzt
zu 100 %.

Dies gilt entsprechend, wenn die GKV ihre Leistungspflicht abgelehnt hat, es sei denn die Ablehnung erfolgt, weil der Behandelnde nicht zulasten der GKV abrechnen darf.

2.5 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.3.1 bzw. 2.4 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.6 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Absatz 4 a) AVB/RVP werden bei vollstationärer Behandlung diejenigen Aufwendungen

ersetzt, die
zu 100 %

- nach Vorleistung der GKV für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus verbleiben, einschließlich der hierfür getragenen Zuzahlungsbeträge nach § 60 SGB V
- bei einer auf eigenen Wunsch erfolgenden Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn der Transport mit dem günstigsten medizinisch notwendigen Verkehrsmittel erfolgt und die Krankenhausbehandlung nach der Prognose des behandelnden Arztes weitere 7 Tage dauern wird.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.7 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 200 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung der versicherten Person stationär oder ambulant erfolgt.

2.8 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 56 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Übereinstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

2.9 Erstattungsfähige Aufwendungen

2.9.1 Liquidationen von Behandelnden

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind ärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.9.2 Vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle

Soweit nicht anders vereinbart, leistet der Versicherer abweichend von § 2 Absatz 1 AVB/RVP auch für Kosten medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen und sonstiger tariflicher Leistungen, die ab dem im Versicherungsausweis dokumentierten Versicherungsbeginn erfolgen, wenn der Versicherungsfall (siehe § 1 Absatz 2 AVB/RVP) bereits vor dem Beitritt der versicherten Person eingetreten ist.

2.10 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen;

- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zur Rechnung:

- bei Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht nach KHEntgG oder BPfIV abrechnet, einen Nachweis über eine etwaige Vorleistung der GKV
- einen Nichterstattungsvermerk mit Angabe des Ablehnungsgrunds auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen für eine ambulante Operation im Krankenhaus abgelehnt hat,
- einen Nachweis über etwaige Leistungen aus anderen Zusatzversicherungen.

4. Beitrag, Beitragsfreistellung

Für die versicherte Person ist unabhängig vom Alter der jeweils gültige nach den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte einheitliche Beitrag zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer hat für die jeweils versicherte Person nach Maßgabe von Nr. 4.2 einen Anspruch auf Beitragsfreistellung für diesen Tarif, sofern diese aus einem der Gründe nach Nr. 4.1 keinen Anspruch auf Entgelt gegenüber dem Versicherungsnehmer hat, maximal jedoch für 36 Monate je Beitragsfreistellungsgrund.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, Eintritt, Fortdauer und Ende des Beitragsfreistellungsgrunds auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei einer Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt § 10 AVB/RVP.

Die versicherte Person hat während der Dauer der Beitragsfreistellung unverändert vollen Versicherungsschutz und Anspruch auf die Leistungen nach diesem Tarif.

4.1 Beitragsfreistellungsgründe

- Ende der Entgeltfortzahlung bei ärztlich bescheinigter fortdauernder Arbeitsunfähigkeit
- Ruhen des Arbeitsverhältnisses wegen Elternzeit (je Kind bis zu maximal 36 Monate) nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
- vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung wegen Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz
- zwischen Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbarte vorübergehende vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung, während der auch keine Entgeltabrechnung erstellt wird (unbezahlter Urlaub, Sabbatical).

4.2 Beginn und Ende der Beitragsfreistellung Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

4.2.1 Beginn der Beitragsfreistellung bei fristgemäßer Anzeige
Beginnt die Zeit, für die wegen eines Grunds nach Nr. 4.1 kein Entgelt gezahlt wird, an einem Monatsersten, wird dieser Monat beitragsfrei gestellt.

Beginnt die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, zu einem späteren Zeitpunkt, wird der Tarif ab dem Folgemonat beitragsfrei gestellt. Voraussetzung ist, dass zumindest für den Monatsersten des Folgemonats kein Entgelt gezahlt wird.

4.2.2 Ende der Beitragsfreistellung

Die Beitragsfreistellung endet mit dem Monat, in dem die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, endet, spätestens jedoch mit Ablauf des 36. Monats ab Beginn der Beitragsfreistellung.

Der Versicherungsnehmer ist dann verpflichtet, den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag zu zahlen.

4.2.3 Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

Beginn und - soweit bekannt - das Ende des Zeitraums ohne Entgeltzahlung wegen eines Beitragsfreistellungsgrunds sind dem Versicherer spätestens innerhalb von zwei Monaten ab dem ersten entgeltfreien Tag anzuzeigen.

Erfolgt die Anzeige des Beginns der entgeltfreien Zeit später, beginnt die Beitragsfreistellung erst mit dem auf die Anzeige folgenden Monat, sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung fort dauern.

Endet der Zeitraum, für den kein Entgelt gezahlt wird vor einem mitgeteilten Zeitpunkt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, diesen Umstand unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt ebenfalls für eine Verlängerung des entgeltfreien Zeitraums.

R+V-Klinik 2 PROFIL

Tarif R+V-Klinik 2 PROFIL (K2OVP, K2OHP, K2ONP, K2OXP, K2OYP) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer

gültig ab 01.12.2023

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach diesem Tarif vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sowie
- deren ständiger Wohnsitz entweder in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt nach Maßgabe der Nrn. 2.2, 2.10 und 2.11 die in Nrn. 2.2 bis 2.9 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt und bietet dem Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrags Beitragsfreistellung für entgeltfreie Zeiten der versicherten Person nach Nr. 4.

2.1 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, gelten als anzurechnende Vorleistungen.

2.2 Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

- 2.2.1 Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Internetzugangs, Telefons und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- oder bei Entbindung einer versicherten Person alternativ die Unterkunft in einem Familienzimmer einschließlich Verpflegung einer Begleitperson sowie der Kosten für die Bereitstellung eines Internetzugangs, Telefons und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
zu 100 %;
- Zuzahlungen zur stationären Behandlung nach § 61 S. 2 SGB V
zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
zu 100 %.

2.2.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:

- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Entbindung auch keine Belegung eines Familienzimmers)
20 EUR;
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
40 EUR;
- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen
60 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag.

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.3 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.3.1 Krankenhäuser im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV abrechnen

- a) bei Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten, einschließlich Zuzahlungen nach § 61 S. 2 SGB V sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6)
zu 100 %;
- b) ohne Vorleistung der GKV:
Übernimmt die GKV keine Kosten für Allgemeine Krankenhausleistung, wird für jeden Tag der stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von
60 EUR
gezahlt.

2.3.2 Bei stationärer Behandlung im Ausland:

Bei stationärer Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird für jeden Tag der stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von
60 EUR
gezahlt.

2.4 Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 50 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.5 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer nach Vorleistung der GKV die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6) sowie Sachkosten werden ersetzt
zu 100 %.

Dies gilt entsprechend, wenn die GKV ihre Leistungspflicht abgelehnt hat, es sei denn die Ablehnung erfolgt, weil der Behandelnde nicht zulasten der GKV abrechnen darf.

2.6 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.3.1 bzw. 2.5 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.7 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Absatz 4 a) AVB/RVP werden bei vollstationärer Behandlung diejenigen Aufwendungen
zu 100 %
ersetzt, die

- nach Vorleistung der GKV für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus verbleiben, einschließlich der hierfür getragenen Zuzahlungsbeträge nach § 60 SGB V
- bei einer auf eigenen Wunsch erfolgenden Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn der Transport mit dem günstigsten medizinisch notwendigen Verkehrsmittel erfolgt und die Krankenhausbehandlung nach der Prognose des behandelnden Arztes weitere 7 Tage dauern wird.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.8 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 100 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung der versicherten Person stationär oder ambulant erfolgt.

2.9 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 56 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen zu 100 %

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Übereinstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

2.10 Erstattungsfähige Aufwendungen

2.10.1 Liquidationen von Behandelnden

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind ärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.10.2 Vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle

Soweit nicht anders vereinbart, leistet der Versicherer abweichend von § 2 Absatz 1 AVB/RVP auch für Kosten medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen und sonstiger tariflicher Leistungen, die ab dem im Versicherungsausweis dokumentierten Versicherungsbeginn erfolgen, wenn der Versicherungsfall (siehe § 1 Absatz 2 AVB/RVP) bereits vor dem Beitritt der versicherten Person eingetreten ist.

2.11 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen;
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zur Rechnung:

- bei Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht nach KHEntgG oder BPfIV abrechnet, einen Nachweis über eine etwaige Vorleistung der GKV
- einen Nichterstattungsvermerk mit Angabe des Ablehnungsgrunds auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen für eine ambulante Operation im Krankenhaus abgelehnt hat,
- einen Nachweis über etwaige Leistungen aus anderen Zusatzversicherungen.

4. Beitrag, Beitragsfreistellung

Für die versicherte Person ist unabhängig vom Alter der jeweils gültige nach den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte einheitliche Beitrag zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer hat für die jeweils versicherte Person nach Maßgabe von Nr. 4.2 einen Anspruch auf Beitragsfreistellung für diesen Tarif, sofern diese aus einem der Gründe nach Nr. 4.1 keinen Anspruch auf Entgelt gegenüber dem Versicherungsnehmer hat, maximal jedoch für 36 Monate je Beitragsfreistellungsgrund.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, Eintritt, Fortdauer und Ende des Beitragsfreistellungsgrunds auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei einer Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt § 10 AVB/RVP.

Die versicherte Person hat während der Dauer der Beitragsfreistellung unverändert vollen Versicherungsschutz und Anspruch auf die Leistungen nach diesem Tarif.

4.1 Beitragsfreistellungsgründe

- Ende der Entgeltfortzahlung bei ärztlich bescheinigter fortdauernder Arbeitsunfähigkeit
- Ruhen des Arbeitsverhältnisses wegen Elternzeit (je Kind bis zu maximal 36 Monate) nach dem Bundeselterngehalt- und Elternzeitgesetz
- vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung wegen Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz
- zwischen Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbarte vorübergehende vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung, während der auch keine Entgeltabrechnung erstellt wird (unbezahlter Urlaub, Sabbatical).

4.2 Beginn und Ende der Beitragsfreistellung Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

4.2.1 Beginn der Beitragsfreistellung bei fristgemäßer Anzeige
Beginnt die Zeit, für die wegen eines Grunds nach Nr. 4.1 kein Entgelt gezahlt wird, an einem Monatsersten, wird dieser Monat beitragsfrei gestellt.

Beginnt die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, zu einem späteren Zeitpunkt, wird der Tarif ab dem Folgemonat beitragsfrei gestellt. Voraussetzung ist, dass zumindest für den Monatsersten des Folgemonats kein Entgelt gezahlt wird.

4.2.2 Ende der Beitragsfreistellung

Die Beitragsfreistellung endet mit dem Monat, in dem die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, endet, spätestens jedoch mit Ablauf des 36. Monats ab Beginn der Beitragsfreistellung.

Der Versicherungsnehmer ist dann verpflichtet, den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag zu zahlen.

4.2.3 Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

Beginn und - soweit bekannt - das Ende des Zeitraums ohne Entgeltzahlung wegen eines Beitragsfreistellungsgrunds sind dem Versicherer spätestens innerhalb von zwei Monaten ab dem ersten entgeltfreien Tag anzuzeigen.

Erfolgt die Anzeige des Beginns der entgeltfreien Zeit später, beginnt die Beitragsfreistellung erst mit dem auf die Anzeige folgenden Monat, sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung fort dauern.

Endet der Zeitraum, für den kein Entgelt gezahlt wird vor einem mitgeteilten Zeitpunkt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, diesen Umstand unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt ebenfalls für eine Verlängerung des entgeltfreien Zeitraums.

R+V-Dental 70 % PROFIL

Tarif R+V-Dental 70 % PROFIL (DP7OVP, DP7OHP, DP7ONP, DP7OXP, DP7OYP) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.12.2023

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach einem der Tarife vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sowie
- deren ständiger Wohnsitz entweder in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Nrn. 2.1 bis 2.3, 2.6 und 2.7 die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Reparatur von und Versorgung mit Zahnersatz (Nr. 2.4) sowie Kieferorthopädie (Nr. 2.5) und bietet dem Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrags Beitragsfreistellung für entgeltfreie Zeiten der versicherten Person nach Nr. 4.

2.1 Umfang der Leistungen bei Behandlung in Deutschland

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

zu 70 %

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Bei Zahnersatz zahlt der Versicherer mindestens den Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach der Vorleistung der GKV, aus anderen Zusatzversicherungen anderer Versicherer und anderer Kostenträger verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.2 Umfang der Leistungspflicht bei Behandlung im Ausland

Bei Behandlung im Ausland erstattet der Versicherer die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 20 %, jedoch höchstens die nach etwaigen Vorleistungen der GKV, anderer Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger verbleibenden Restkosten.

2.3 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV, weiterer privater Zusatzversicherungen anderer Versicherer oder anderer Kostenträger müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden nach Nr. 2.1 bei der Erstattung abgezogen.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallfürsorge.

2.4 Zahnersatz

Geleistet wird nach Nr. 2.6 für medizinisch notwendige Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, implantatgetragenen Zahnersatz, Verblendungen bis zu Zahn/regio sieben sowie Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Veneers (keramische Verblendschalen), Inlays und Onlays. Ferner wird geleistet für die Kosten der zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz unmittelbar erforderlichen Leistungen einschließlich

- Analgosedierung (Dämmer Schlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose, Hypnose oder Akupunktur zur Schmerzausschaltung
- Computertomographie (CT) oder digitale Volumetomographie (DVT) bei Versorgung mit Implantaten
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie, einschließlich therapeutischer Schienen

2.5 Kieferorthopädie

Die Kosten für eine medizinisch notwendige ambulante kieferorthopädische Behandlung werden nach Nr. 2.6 erstattet, wenn diese entweder

- vor Ablauf des Kalenderjahrs begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat oder
- wegen einer schweren Kieferanomalie im Sinne der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung erforderlich wird. Dazu zählen insbesondere verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

2.6.1 Liquidationen von Behandelnden

Erstattungsfähig sind im Rahmen der medizinisch notwendigen Versorgung mit bzw. Reparatur von Zahnersatz oder Durchführung von Kieferorthopädie Aufwendungen für

- ärztliche und zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten sowie für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten)

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

- 2.6.2 Vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle
Soweit nicht anders vereinbart, leistet der Versicherer abweichend von § 2 Absatz 1 AVB/RVP für Kosten medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen und sonstiger tariflicher Leistungen, die ab dem im Versicherungsausweis dokumentierten Versicherungsbeginn erfolgen, auch wenn der Versicherungsfall (siehe § 1 Absatz 2 AVB/RVP) bereits vor Anmeldung der versicherten Person eingetreten ist.

2.7 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Kosten für voll- oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes, Zahnarztes oder Kieferorthopäden insbesondere:

- einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV zum Zahnersatz;
- eine Rechnung über etwaige zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten);
- einen Nachweis über etwaige Erstattungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger;
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat;
- bei kieferorthopädischer Behandlung eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

4. Beitrag, Beitragsfreistellung

Für die versicherte Person ist unabhängig vom Alter der jeweils gültige nach den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte einheitliche Beitrag zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer hat für die jeweils versicherte Person nach Maßgabe von Nr. 4.2 einen Anspruch auf Beitragsfreistellung für diesen Tarif, sofern diese aus einem der Gründe nach Nr. 4.1 keinen Anspruch auf Entgelt gegenüber dem Versicherungsnehmer hat, maximal jedoch für 36 Monate je Beitragsfreistellungsgrund.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, Eintritt, Fortdauer und Ende des Beitragsfreistellungsgrunds auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei einer Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt § 10 AVB/RVP.

Die versicherte Person hat während der Dauer der Beitragsfreistellung unverändert vollen Versicherungsschutz und Anspruch auf die Leistungen nach diesem Tarif.

4.1 Beitragsfreistellungsgründe

- Ende der Entgeltfortzahlung bei ärztlich bescheinigter fortdauernder Arbeitsunfähigkeit
- Ruhen des Arbeitsverhältnisses wegen Elternzeit (je Kind bis zu maximal 36 Monate) nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz

- vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung wegen Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz
- zwischen Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbarte vorübergehende vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung, während der auch keine Entgeltabrechnung erstellt wird (unbezahlter Urlaub, Sabbatical).

4.2 Beginn und Ende der Beitragsfreistellung, Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

4.2.1 Beginn der Beitragsfreistellung bei fristgemäßer Anzeige

Beginnt die Zeit, für die wegen eines Grunds nach Nr. 4.1 kein Entgelt gezahlt wird, an einem Monatsersten, wird dieser Monat beitragsfrei gestellt.

Beginnt die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, zu einem späteren Zeitpunkt, wird der Tarif ab dem Folgemonat beitragsfrei gestellt. Voraussetzung ist, dass zumindest für den Monatsersten des Folgemonats kein Entgelt gezahlt wird.

4.2.2 Ende der Beitragsfreistellung

Die Beitragsfreistellung endet mit dem Monat, in dem die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, endet, spätestens jedoch mit Ablauf des 36. Monats ab Beginn der Beitragsfreistellung.

Der Versicherungsnehmer ist dann verpflichtet, den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag zu zahlen.

4.2.3 Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

Beginn und - soweit bekannt - das Ende des Zeitraums ohne Entgeltzahlung wegen eines Beitragsfreistellungsgrunds sind dem Versicherer spätestens innerhalb von zwei Monaten ab dem ersten entgeltfreien Tag anzuzeigen.

Erfolgt die Anzeige des Beginns der entgeltfreien Zeit später, beginnt die Beitragsfreistellung erst mit dem auf die Anzeige folgenden Monat, sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung fort dauern.

Endet der Zeitraum, für den kein Entgelt gezahlt wird vor einem mitgeteilten Zeitpunkt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, diesen Umstand unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt ebenfalls für eine Verlängerung des entgeltfreien Zeitraums.

R+V-Dental 900/90 PROFIL

Tarif R+V-Dental 900/90 PROFIL (DK9OVP, DK9OHP, DK9ONP, DK9OXP, DK9OYP) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.12.2023

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV). Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach diesem Tarif vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einem in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherer nach Tarifen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) genügen sowie
- deren ständiger Wohnsitz entweder in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Nrn. 2.1 bis 2.3, 2.6 und 2.7 die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Reparatur von und Versorgung mit Zahnersatz (Nr. 2.4) sowie Kieferorthopädie (Nr. 2.5) und bietet dem Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrags Beitragsfreistellung für entgeltfreie Zeiten der versicherten Person nach Nr. 4.

2.1 Umfang der Leistungen bei Behandlung in Deutschland

2.1.1 Die nach Anrechnung etwaiger Vorleistungen nach Nr. 2.3 verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden

bis zu einem Betrag von 900 EUR je Kalenderjahr

zu 100 %,

darüber hinausgehende Restkosten

zu 90 %

ersetzt.

2.1.2 Abweichend von § 4 Absatz 7 AVB/RVP mindert sich der betragsmäßige kalenderjährliche Erstattungsbetrag bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

2.2 Umfang der Leistungspflicht bei Behandlung im Ausland

Bei Behandlung im Ausland erstattet der Versicherer den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zu 50 % jedoch höchstens die nach etwaigen Vorleistungen der GKV, PKV, anderer Zusatzversicherungen oder Kostenträger verbleibenden Restkosten.

2.3 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen anderer Versicherer oder anderer Kostenträger müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Dauert eine Behandlung über den Jahreswechsel hinaus an, werden die Vorleistungen auf die jeweils bezuschussten bzw. erstatteten Leistungspositionen bzw. Befunde angerechnet. Ist dies mangels fehlender Informationen oder weil befundbezogene Einzelleistungen über einen Jahreswechsel hinaus erfolgen, nicht möglich, erfolgt die Verteilung der Vorleistung im Verhältnis der für die unterschiedlichen Kalenderjahre in Rechnung gestellten Kosten.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, sowie mit der PKV vereinbarte kalenderjährliche betragsmäßige Selbstbehalte gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallfürsorge.

2.4 Zahnersatz

Geleistet wird nach Nr. 2.6 für medizinisch notwendige Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, implantatgetragenen Zahnersatz, Verblendungen bis zu Zahn/regio sieben sowie Implantate, implantatologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Veneers (keramische Verblendschalen), Inlays und Onlays.

Ferner wird geleistet für die Kosten der zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz unmittelbar erforderlichen Leistungen einschließlich

- Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose, Hypnose oder Akupunktur zur Schmerzausschaltung
- Computertomographie (CT) oder digitale Volumetomographie (DVT) bei Versorgung mit Implantaten
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie, einschließlich therapeutischer Schienen

2.5 Kieferorthopädie

Die Kosten für eine medizinisch notwendige ambulante kieferorthopädische Behandlung werden nach Nr. 2.6 erstattet, wenn diese entweder

- vor Ablauf des Kalenderjahrs begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat oder
- soweit sie wegen einer schweren Kieferanomalie im Sinne der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung erforderlich wird. Dazu zählen insbesondere verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

2.6.1 Liquidationen von Behandelnden

Erstattungsfähig sind im Rahmen der medizinisch notwendigen Versorgung mit bzw. Reparatur von Zahnersatz oder Durchführung von Kieferorthopädie Aufwendungen für

- ärztliche und zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten sowie für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten)

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

- 2.6.2 Vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle
Soweit nicht anders vereinbart, leistet der Versicherer abweichend von § 2 Absatz 1 AVB/RVP auch für Kosten medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen und sonstiger tariflicher Leistungen, die ab dem im Versicherungsausweis dokumentierten Versicherungsbeginn erfolgen, wenn der Versicherungsfall (siehe § 1 Absatz 2 AVB/RVP) bereits vor Anmeldung der versicherten Person eingetreten ist.

2.7 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Kosten für voll- oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes, Zahnarztes oder Kieferorthopäden insbesondere:

- eine Rechnung über etwaige zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten);
- einen Nachweis über etwaige Erstattungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger

von GKV-Versicherten zusätzlich:

- einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV zum Zahnersatz
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat
- eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans bei kieferorthopädischer Behandlung

von PKV-Versicherten nach Nr. 1 zusätzlich:

- einen Nachweis über die für die einzelnen Leistungen erfolgten Erstattungen der PKV oder
- einen Nachweis über eine erfolgte Ablehnung der PKV mit der jeweiligen Begründung

4. Beitrag, Beitragsfreistellung

Für die versicherte Person ist unabhängig vom Alter der jeweils gültige nach den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte einheitliche Beitrag zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer hat für die jeweils versicherte Person nach Maßgabe von Nr. 4.2 einen Anspruch auf Beitragsfreistellung für diesen Tarif, sofern diese aus einem der Gründe nach Nr. 4.1 keinen Anspruch auf Entgelt gegenüber dem Versicherungsnehmer hat, maximal jedoch für 36 Monate je Beitragsfreistellungsgrund.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, Eintritt, Fortdauer und Ende des Beitragsfreistellungsgrunds auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei einer Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt § 10 AVB/RVP.

Die versicherte Person hat während der Dauer der Beitragsfreistellung unverändert vollen Versicherungsschutz und Anspruch auf die Leistungen nach diesem Tarif.

4.1 Beitragsfreistellungsgründe

- Ende der Entgeltfortzahlung bei ärztlich bescheinigter fortdauernder Arbeitsunfähigkeit
- Ruhen des Arbeitsverhältnisses wegen Elternzeit (je Kind bis zu maximal 36 Monate) nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
- vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung wegen Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz
- zwischen Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbarte vorübergehende vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung, während der auch keine Entgeltabrechnung erstellt wird (unbezahlter Urlaub, Sabbatical).

4.2 Beginn und Ende der Beitragsfreistellung, Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

4.2.1 Beginn der Beitragsfreistellung bei fristgemäßer Anzeige

Beginnt die Zeit, für die wegen eines Grunds nach Nr. 4.1 kein Entgelt gezahlt wird, an einem Monatsersten, wird dieser Monat beitragsfrei gestellt.

Beginnt die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, zu einem späteren Zeitpunkt, wird der Tarif ab dem Folgemonat beitragsfrei gestellt. Voraussetzung ist, dass zumindest für den Monatsersten des Folgemonats kein Entgelt gezahlt wird.

4.2.2 Ende der Beitragsfreistellung

Die Beitragsfreistellung endet mit dem Monat, in dem die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, endet, spätestens jedoch mit Ablauf des 36. Monats ab Beginn der Beitragsfreistellung.

Der Versicherungsnehmer ist dann verpflichtet, den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag zu zahlen.

4.2.3 Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

Beginn und - soweit bekannt - das Ende des Zeitraums ohne Entgeltzahlung wegen eines Beitragsfreistellungsgrunds sind dem Versicherer spätestens innerhalb von zwei Monaten ab dem ersten entgeltfreien Tag anzuzeigen.

Erfolgt die Anzeige des Beginns der entgeltfreien Zeit später, beginnt die Beitragsfreistellung erst mit dem auf die Anzeige folgenden Monat, sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung fortauern.

Endet der Zeitraum, für den kein Entgelt gezahlt wird vor einem mitgeteilten Zeitpunkt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, diesen Umstand unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt ebenfalls für eine Verlängerung des entgeltfreien Zeitraums.

R+V-Dental 900 und 1800 PROFIL

Tarife

R+V-Dental 900 PROFIL (D90VP, D90HP, D90NP, D90XP, D90YP) R+V-Dental 1800 PROFIL (D180VP, D180HP, D180NP, D180XP, D180YP) Zusatzversicherungen mit Leistungen für Zahnersatz

gültig ab 01.12.2023

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV). Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach einem der Tarife vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einem in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherer nach Tarifen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) genügen sowie
- deren ständiger Wohnsitz entweder in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Nrn. 2.1, 2.2, 2.5 und 2.6 die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Reparatur von und Versorgung mit Zahnersatz (Nr. 2.3) sowie unfallbedingte Kieferorthopädie (Nr. 2.4) und bietet dem Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrags Beitragsfreistellung für entgeltfreie Zeiten der versicherten Person nach Nr. 4.

2.1 Umfang der Leistungen

2.1.1 Die nach Anrechnung etwaiger Vorleistungen nach Nr. 2.2 verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Kalenderjahr bis zu einem Betrag von

900 EUR nach Tarif R+V-Dental 900 PROFIL

1.800 EUR nach Tarif R+V-Dental 1800 PROFIL

ersetzt.

- 2.1.2 Abweichend von § 4 Absatz 7 AVB/RVP mindert sich der betragsmäßige kalenderjährliche Erstattungsbetrag bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

2.2 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen anderer Versicherer oder anderer Kostenträger müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Dauert eine Behandlung über den Jahreswechsel hinaus an, werden die Vorleistungen auf die jeweils bezuschussten bzw. erstatteten Leistungspositionen bzw. Befunde angerechnet. Ist dies mangels fehlender Informationen oder weil befundbezogene Einzelleistungen über einen Jahreswechsel hinaus erfolgen, nicht möglich, erfolgt die Verteilung der Vorleistung im Verhältnis der für die unterschiedlichen Kalenderjahre in Rechnung gestellten Kosten.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, sowie mit der PKV vereinbarte kalenderjährliche betragsmäßige Selbstbehalte gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere, die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallfürsorge.

2.3 Zahnersatz

Geleistet wird nach Nr. 2.5 für medizinisch notwendige Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, implantatgetragenen Zahnersatz, Verblendungen bis zu Zahn/regio sieben sowie Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Veneers (keramische Verblendschalen), Inlays und Onlays.

Ferner wird geleistet für die Kosten der zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz unmittelbar erforderlichen Leistungen einschließlich

- Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose, Hypnose oder Akupunktur zur Schmerzausschaltung
- Computertomographie (CT) oder digitale Volumetomographie (DVT) bei Versorgung mit Implantaten
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie, einschließlich therapeutischer Schienen.

2.4 Unfallbedingte Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die kieferorthopädische Behandlung von Kieferfehlstellungen, soweit sie verletzungsbedingt medizinisch notwendig ist.

2.5 Erstattungsfähige Aufwendungen

2.5.1 Liquidationen von Behandelnden

Erstattungsfähig sind im Rahmen der medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz oder Durchführung von Kieferorthopädie Aufwendungen für

- ärztliche und zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten sowie für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten)

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

- 2.5.2 Vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle
Soweit nicht anders vereinbart, leistet der Versicherer abweichend von § 2 Absatz 1 AVB/RVP auch für Kosten medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen und sonstiger tariflicher Leistungen, die ab dem im Versicherungsausweis dokumentierten Versicherungsbeginn erfolgen, wenn der Versicherungsfall (siehe § 1 Absatz 2 AVB/RVP) bereits vor Anmeldung der versicherten Person eingetreten ist.

2.6 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Kosten für voll- oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes, Zahnarztes oder Kieferorthopäden insbesondere:

- eine Rechnung über etwaige zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten);
- einen Nachweis über etwaige Erstattungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger

von GKV-Versicherten zusätzlich:

- einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV zum Zahnersatz
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat
- eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans bei kieferorthopädischer Behandlung

von PKV-Versicherten nach Nr. 1 zusätzlich:

- einen Nachweis über die für die einzelnen Leistungen erfolgten Erstattungen der PKV oder
- einen Nachweis über eine erfolgte Ablehnung der PKV mit der jeweiligen Begründung

4. Beitrag, Beitragsfreistellung

Für die versicherte Person ist unabhängig vom Alter der jeweils gültige nach den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte einheitliche Beitrag zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer hat für die jeweils versicherte Person nach Maßgabe von Nr. 4.2 einen Anspruch auf Beitragsfreistellung für diesen Tarif, sofern diese aus einem der Gründe nach Nr. 4.1 keinen Anspruch auf Entgelt gegenüber dem Versicherungsnehmer hat, maximal jedoch für 36 Monate je Beitragsfreistellungsgrund.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, Eintritt, Fortdauer und Ende des Beitragsfreistellungsgrunds auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei einer Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt § 10 AVB/RVP.

Die versicherte Person hat während der Dauer der Beitragsfreistellung unverändert vollen Versicherungsschutz und Anspruch auf die Leistungen nach diesem Tarif.

4.1 Beitragsfreistellungsgründe

- Ende der Entgeltfortzahlung bei ärztlich bescheinigter fortdauernder Arbeitsunfähigkeit
- Ruhen des Arbeitsverhältnisses wegen Elternzeit (je Kind bis zu maximal 36 Monate) nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
- vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung wegen Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz
- zwischen Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbarte vorübergehende vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung, während der auch keine Entgeltabrechnung erstellt wird (unbezahlter Urlaub, Sabbatical).

4.2 Beginn und Ende der Beitragsfreistellung, Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

4.2.1 Beginn der Beitragsfreistellung bei fristgemäßer Anzeige

Beginnt die Zeit, für die wegen eines Grundes nach Nr. 4.1 kein Entgelt gezahlt wird, an einem Monatsersten, wird dieser Monat beitragsfrei gestellt.

Beginnt die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, zu einem späteren Zeitpunkt, wird der Tarif ab dem Folgemonat beitragsfrei gestellt. Voraussetzung ist, dass zumindest für den Monatsersten des Folgemonats kein Entgelt gezahlt wird.

4.2.2 Ende der Beitragsfreistellung

Die Beitragsfreistellung endet mit dem Monat, in dem die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, endet, spätestens jedoch mit Ablauf des 36. Monats ab Beginn der Beitragsfreistellung.

Der Versicherungsnehmer ist dann verpflichtet, den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag zu zahlen.

4.2.3 Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

Beginn und - soweit bekannt - das Ende des Zeitraums ohne Entgeltzahlung wegen eines Beitragsfreistellungsgrunds sind dem Versicherer spätestens innerhalb von zwei Monaten ab dem ersten entgeltfreien Tag anzuzeigen.

Erfolgt die Anzeige des Beginns der entgeltfreien Zeit später, beginnt die Beitragsfreistellung erst mit dem auf die Anzeige folgenden Monat, sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung fort dauern.

Endet der Zeitraum, für den kein Entgelt gezahlt wird, vor einem mitgeteilten Zeitpunkt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, diesen Umstand unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt ebenfalls für eine Verlängerung des entgeltfreien Zeitraums.

R+V-Ambulant PROFIL

Tarif R+V-Ambulant PROFIL (AGOVP, AGOHP, AGONP, AGOXP, AGOYP) Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.12.2023

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach einem der Tarife vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person ist

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sowie
- für die Aufnahmefähigkeit deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt nach Maßgabe der Nrn. 2.1, bis 2.4 Leistungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung und bietet dem Versicherungsnehmer des Gruppenversicherungsvertrags Beitragsfreistellung für entgeltfreie Zeiten der versicherten Person nach Nr. 4.

2.1 Vorleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat.

Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.2 b).

Ansprüche auf Leistungen aus privaten Zusatzversicherungen anderer Versicherer oder anderer Kostenträger müssen ebenfalls von der versicherten Person in Anspruch genommen werden und werden vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallfürsorge und der Eingliederungshilfe.

2.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Nach Vorleistung durch die GKV

Im Rahmen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden 80 % der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV für folgende Aufwendungen ersetzt (nicht erstattungsfähige Aufwendungen siehe Nr. 2.4):

- Heilbehandlungen durch Ärzte und Zahnärzte einschließlich Behandlung mittels Naturheilverfahren, ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Fissurenversiegelung und Mundhygienestatus. Psychotherapie durch Ärzte und Psychotherapeuten,
- ambulante Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern,
- ärztlich bzw. zahnärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- ärztlich verordnete Heilmittel,
- ärztlich verordnete Hilfsmittel bis zum Höchstbetrag nach Nr. 2.2 c), ausgenommen Sehhilfen

In diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:

- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen einschließlich des Kürzungsbetrages für den fehlenden Arzneimittelrabatt in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze,
- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahrs nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil zu 100 % ersetzt.

b) Ohne Vorleistung der GKV

Hat die GKV für Aufwendungen nach Nr. 2.2 a) keine Vorleistung erbracht, werden sie zu 40 % ersetzt.

Für die in 2.2 a) geregelten Zuzahlungen und Abschläge bleibt es bei den dortigen Erstattungssätzen

c) Erstattungshöchstbetrag Hilfsmittel

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel nach Nrn. 2.2 a) und b) sind innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt max. 600 EUR erstattungsfähig.

2.3 Vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle

Soweit nicht anders vereinbart, leistet der Versicherer abweichend von § 2 Absatz 1 AVB/RVP auch für Kosten medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen und sonstiger tariflicher Leistungen, die ab dem im Versicherungsausweis dokumentierten Versicherungsbeginn erfolgen, wenn der Versicherungsfall (siehe § 1 Absatz 2 AVB/RVP) bereits vor Anmeldung der versicherten Person eingetreten ist.

2.4 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig im Sinne von Nr. 2.2 sind Aufwendungen für:

- Heilbehandlungen durch Leistungserbringer, die in Nr. 2.2 nicht ausdrücklich genannt sind, z. B. Heilpraktiker,

- Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung,
- Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI, die dem Pflegebedürftigen zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung seiner Beschwerden oder verordnet wurden, um ihm eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen,
- Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung, Kunststoff-Füllungen, Kieferorthopädie sowie Zahnersatz einschließlich zahntechnischer Leistungen. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stifzähne, Inlays, Onlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen und vorbereitender Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen) sowie therapeutische Schienen,
- Sehhilfen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der jeweiligen Rechnung insbesondere:

- einen Nachweis über die Vorleistung der GKV,
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat,
- einen Nachweis über etwaige Leistungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger,
- eine Kopie der Verordnung (Rezept) bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

4. Beitrag, Beitragsfreistellung

Für die versicherte Person ist unabhängig vom Alter der jeweils gültige nach den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte einheitliche Beitrag zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer hat für die jeweils versicherte Person nach Maßgabe von Nr. 4.2 einen Anspruch auf Beitragsfreistellung für diesen Tarif, sofern diese aus einem der Gründe nach Nr. 4.1 keinen Anspruch auf Entgelt gegenüber dem Versicherungsnehmer hat, maximal jedoch für 36 Monate je Beitragsfreistellungsgrund.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, Eintritt, Fortdauer und Ende des Beitragsfreistellungsgrunds auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei einer Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt § 10 AVB/RVP.

Die versicherte Person hat während der Dauer der Beitragsfreistellung unverändert vollen Versicherungsschutz und Anspruch auf die Leistungen nach diesem Tarif.

4.1 Beitragsfreistellungsgründe

- Ende der Entgeltfortzahlung bei ärztlich bescheinigter fortdauernder Arbeitsunfähigkeit
- Ruhen des Arbeitsverhältnisses wegen Elternzeit (je Kind bis zu maximal 36 Monate) nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
- vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung wegen Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz

- zwischen Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbarte vorübergehende vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung, während der auch keine Entgeltabrechnung erstellt wird (unbezahlter Urlaub, Sabbatical).

4.2 Beginn und Ende der Beitragsfreistellung, Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

4.2.1 Beginn der Beitragsfreistellung bei fristgemäßer Anzeige

Beginnt die Zeit, für die wegen eines Grunds nach Nr. 4.1 kein Entgelt gezahlt wird, an einem Monatsersten, wird dieser Monat beitragsfrei gestellt.

Beginnt die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, zu einem späteren Zeitpunkt, wird der Tarif ab dem Folgemonat beitragsfrei gestellt. Voraussetzung ist, dass zumindest für den Monatsersten des Folgemonats kein Entgelt gezahlt wird.

4.2.2 Ende der Beitragsfreistellung

Die Beitragsfreistellung endet mit dem Monat, in dem die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, endet, spätestens jedoch mit Ablauf des 36. Monats ab Beginn der Beitragsfreistellung.

Der Versicherungsnehmer ist dann verpflichtet, den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag zu zahlen.

4.2.3 Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

Beginn und - soweit bekannt - das Ende des Zeitraums ohne Entgeltzahlung wegen eines Beitragsfreistellungsgrunds sind dem Versicherer spätestens innerhalb von zwei Monaten ab dem ersten entgeltfreien Tag anzuzeigen.

Erfolgt die Anzeige des Beginns der entgeltfreien Zeit später, beginnt die Beitragsfreistellung erst mit dem auf die Anzeige folgenden Monat, sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung fort dauern.

Endet der Zeitraum, für den kein Entgelt gezahlt wird vor einem mitgeteilten Zeitpunkt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, diesen Umstand unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt ebenfalls für eine Verlängerung des entgeltfreien Zeitraums.

R+V-Gesundheitsbudget 300, 600, 900, 1200 und 1500 PROFIL team**Tarife****R+V-Gesundheitsbudget 300 PROFIL team (G3TVP, G3THP, G3TNP, G3TXP, G3TYP)****R+V-Gesundheitsbudget 600 PROFIL team (G6TVP, G6THP, G6TNP, G6TXP, G6TYP)****R+V-Gesundheitsbudget 900 PROFIL team (G9TVP, G9THP, G9TNP, G9TXP, G9TYP)****R+V-Gesundheitsbudget 1200 PROFIL team (G12TVP, G12THP, G12TNP, G12TXP, G12TYP)****R+V-Gesundheitsbudget 1500 PROFIL team (G15TVP, G15THP, G15TNP, G15TXP, G15TYP)****Zusatzversicherungen mit einem kalenderjährlichen Budget für ambulante Leistungen****gültig ab 01.12.2023**

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV). Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach einem der Tarife vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einem in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherer (PKV) nach Tarifen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) genügen sowie
- deren ständiger Wohnsitz entweder in Deutschland oder in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Nrn. 2.1, 2.2, 2.11 und 2.12 die Aufwendungen für die in Nrn. 2.3 bis 2.10 genannten Behandlungen.

2.1 Umfang und Leistungen**Budget**

Der Höchstleistungsbetrag (Gesamtbudget) für die unter Nr. 2.3 bis 2.10 genannten Leistungen beträgt je Kalenderjahr insgesamt

300 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 300 PROFIL team (G3TVP, G3THP, G3TNP, G3TXP, G3TYP),
600 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 600 PROFIL team (G6TVP, G6THP, G6TNP, G6TXP, G6TYP),
900 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 900 PROFIL team (G9TVP, G9THP, G9TNP, G9TXP, G9TYP),
1.200 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 1200 PROFIL team (G12TVP, G12THP, G12TNP, G12TXP, G12TYP),
1.500 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 1500 PROFIL team (G15TVP, G15THP, G15TNP, G15TXP, G15TYP).

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.2 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Dauert eine Behandlung über den Jahreswechsel hinaus an, werden die Vorleistungen auf die jeweils bezuschussten bzw. erstatteten Leistungspositionen bzw. Befunde angerechnet. Ist dies mangels fehlender Informationen oder weil befundbezogene Einzelleistungen über einen Jahreswechsel hinaus erfolgen, nicht möglich, erfolgt die Verteilung der Vorleistung im Verhältnis der für die unterschiedlichen Kalenderjahre in Rechnung gestellten Kosten.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, sowie mit der PKV vereinbarte kalenderjährliche betragsmäßige Selbstbehalte gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, der Eingliederungshilfe und der gesetzlichen Unfallfürsorge.

2.3 Zahnprophylaxe und Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen
Zu den erstattungsfähigen Maßnahmen zählen z. B. die
 - Erstellung des Mundhygienestatus sowie die eingehende Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen
 - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung
 - Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
 - Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (Professionelle Zahnreinigung)
 - Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
 - Fissurenversiegelung.
- b) Kunststofffüllungen (auch Kompositfüllung im Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Verfahren genannt)
Zu den erstattungsfähigen Kunststofffüllungen zählen insbesondere Füllungen im nicht sichtbaren Seiten- und Backenzahnbereich.
- c) Wurzelbehandlung
- d) Behandlung von Parodontose bzw. Parodontitis

- e) Maßnahmen zur Schmerzlinderung im unmittelbaren Zusammenhang mit Behandlungen nach a) bis d), einschließlich Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose oder Hypnose, Akupunktur zur Schmerzausschaltung.
- f) Aufbissbehelfe und adjustierte Okklusionsschienen (z. B. Knirscherschienen, DROS-Schienen) einschließlich der zur Versorgung mit der Schiene unmittelbar erforderlichen Funktionsanalyse und -therapie.
- g) zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten), soweit diese zur Erbringung einer der versicherten Behandlungsleistungen unmittelbar erforderlich sind.

2.4 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, implantatgetragenen Zahnersatz, Verblendungen bis zu Zahn/regio sieben sowie Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Veneers (keramische Verblendschalen), Inlays und Onlays.

Ferner wird geleistet für die Kosten der zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz unmittelbar erforderlichen Leistungen einschließlich

- Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose oder Hypnose, Akupunktur zur Schmerzausschaltung
- Computertomographie (CT) oder digitale Volumetomographie (DVT) bei Versorgung mit Implantaten
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie, einschließlich therapeutischer Schienen

2.5 Unfallbedingte Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die kieferorthopädische Behandlung von Kieferfehlstellungen, soweit sie verletzungsbedingt notwendig ist.

2.6 Ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Ambulante ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, die zur gezielten Früherkennung von Krankheiten geeignet sind oder im Rahmen der Betreuung von Schwangeren erfolgen.
- b) Schutzimpfungen einschließlich Reiseimpfungen und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, das sind insbesondere alle Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) empfohlen werden.

2.7 Sehhilfen, ambulante chirurgische Sehschärfenkorrektur (refraktive Chirurgie)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Sehhilfen (Brillenfassungen, Brillengläser, Kontaktlinsen) einschließlich
 - Bildschirmarbeitsplatzbrillen,
 - Sonnenbrillen,
 - Brillen mit selbsttönenden Gläsern

in Sehstärke.

Ergänzend zu § 4 Absatz 3 AVB/RVP sind diese auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, wenn sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden.

- b) Ambulante Operationen zur Sehschärfenkorrektur, das sind Augenoperationen einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen zur Behebung oder Linderung von Fehlsichtigkeit mittels:

- Hornhautchirurgie (z. B. Lasik)
- Linsenchirurgie (Implantation von Intraokularlinsen)
- Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten für die Implantation von Intraokularlinsen mit Zusatzfunktionen (z. B. Multifokallinsen) bei Katarakt-Operation (Operation zur Behandlung von grauem Star).

2.8 Hilfsmittel - ausgenommen Sehhilfen

Erstattet werden die Aufwendungen für

- ärztlich verordnete Hilfsmittel,
- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen nach § 33 Absatz 8 i.V.m. § 61 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - siehe Anhang, soweit sie tatsächlich vom Versicherten zu zahlen sind.

Hiervon ausgenommen sind Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI, siehe auch Nr. 2.12 d).

2.9 Arznei-, Verband- und Heilmittel

Erstattet werden die Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker im Rahmen der Behandlung verordnete

- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel einschließlich Osteopathie durch hierfür zugelassene Behandelnde. Eine Verordnung ist nicht erforderlich, wenn Heilmittel von einem Arzt oder Heilpraktiker selbst erbracht werden.
- Ebenfalls erstattungsfähig sind gesetzlich festgelegte Zuzahlungen nach §§ 31 Absatz 3, 32 Absatz 2 i.V.m. § 61 SGB V (siehe Anhang) soweit sie tatsächlich vom Versicherten zu zahlen sind.

2.10 Ambulante Naturheilverfahren

- Ärzte
Erstattungsfähig sind in Erweiterung von § 4 Absatz 6 AVB/RVP die Aufwendungen für von einem Arzt angewandte Naturheilverfahren, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Hufelandverzeichnis) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind.
- Heilpraktiker
Die Aufwendungen für oben genannte und von Heilpraktikern angewandte Naturheilverfahren sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

2.11 Liquidationen von Behandelnden

Ergänzend zu § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnete Aufwendungen erstattungsfähig.

Aufwendungen für Zahnersatz nach Nr. 2.4 und Kieferorthopädie nach Nr. 2.5 sind in Erweiterung von, § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP auch erstattungsfähig, wenn die Leistungen auf der Basis einer sachlich begründeten rechtswirksamen Honorarvereinbarung mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden.

Rechnungen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Kosten erstattungsfähig.

2.12 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- a) Ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP Aufwendungen für Zahnersatz oder dessen Reparatur bei Zähnen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung bereits fehlten und noch nicht dauerhaft ersetzt waren, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen waren oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlten;
- b) ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP ferner auch Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung, die bereits vor Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung angeraten oder geplant waren;
- c) mit der GKV oder PKV vereinbarte Selbstbehalte;
- d) Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- e) Kosten für voll- oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen;
- f) Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI, die dem Pflegebedürftigen zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung seiner Beschwerden oder verordnet wurden, um ihm eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes, Zahnarztes, Heilpraktikers insbesondere:

- eine Kopie der Verordnung (Rezept) bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- die gesonderte Rechnung des Dentallabors bei Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Material und Laborkosten)
- einen Nachweis über etwaige Leistungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger

von GKV-Versicherten zusätzlich:

- einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV zum Zahnersatz
- eine Kopie des von der GKV genehmigten oder abgelehnten Behandlungsplans bei kieferorthopädischer Behandlung
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat

von PKV-Versicherten nach Nr. 1 zusätzlich:

- einen Nachweis über die für die einzelnen Leistungen erfolgten Erstattungen oder
- einen Nachweis über eine erfolgte Ablehnung mit der jeweiligen Begründung

4. Beitragsgruppen

Für die versicherte Person ist unabhängig vom Alter der jeweils gültige nach den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte einheitliche Beitrag zu zahlen.

R+V-Gesundheitsbudget 300, 600, 900, 1200 und 1500 PROFIL individual

Tarife

R+V-Gesundheitsbudget 300 PROFIL individual (G3IVP, G3IHP, G3INP, G3IXP, G3IYP)

R+V-Gesundheitsbudget 600 PROFIL individual (G6IVP, G6IHP, G6INP, G6IXP, G6IYP)

R+V-Gesundheitsbudget 900 PROFIL individual (G9IVP, G9IHP, G9INP, G9IXP, G9IYP)

R+V-Gesundheitsbudget 1200 PROFIL individual (G12IVP, G12IHP, G12INP, G12IXP, G12IYP)

R+V-Gesundheitsbudget 1500 PROFIL individual (G15IVP, G15IHP, G15INP, G15IXP, G15IYP)

Zusatzversicherungen mit einem kalenderjährlichen Budget für ambulante Leistungen

gültig ab 01.12.2023

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV). Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach einem der Tarife vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind,

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einem in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherer (PKV) nach Tarifen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) genügen sowie,
- soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Werden Angehörige einer berechtigten Person versichert, muss die jeweilige berechnete Person Versicherungsnehmer dieser Versicherungsverhältnisse sein.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. den Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe auch § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Nrn. 2.1, 2.2, 2.11 und 2.12 die Aufwendungen für die in Nrn. 2.3 bis 2.10 genannten Behandlungen.

2.1 Umfang und Leistungen**Budget**

Der Höchstleistungsbetrag (Gesamtbudget) für die unter Nr. 2.3 bis 2.10 genannten Leistungen beträgt je Kalenderjahr insgesamt

300 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 300 PROFIL individual (G3IVP, G3IHP, G3INP, G3IXP, G3IYP),
600 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 600 PROFIL individual (G6IVP, G6IHP, G6INP, G6IXP, G6IYP),
900 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 900 PROFIL individual (G9IVP, G9IHP, G9INP, G9IXP, G9IYP),
1.200 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 1200 PROFIL individual (G12IVP, G12IHP, G12INP, G12IXP, G12IYP),
1.500 EUR	nach Tarif R+V-Gesundheitsbudget 1500 PROFIL individual (G15IVP, G15IHP, G15INP, G15IXP, G15IYP).

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.2 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Dauert eine Behandlung über den Jahreswechsel hinaus an, werden die Vorleistungen auf die jeweils bezuschussten bzw. erstatteten Leistungspositionen bzw. Befunde angerechnet. Ist dies mangels fehlender Informationen oder weil befundbezogene Einzelleistungen über einen Jahreswechsel hinaus erfolgen, nicht möglich, erfolgt die Verteilung der Vorleistung im Verhältnis der für die unterschiedlichen Kalenderjahre in Rechnung gestellten Kosten.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, sowie mit der PKV vereinbarte kalenderjährliche betragsmäßige Selbstbehalte gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, der Eingliederungshilfe und der gesetzlichen Unfallfürsorge.

2.3 Zahnprophylaxe und Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen
Zu den erstattungsfähigen Maßnahmen zählen z. B. die
 - Erstellung des Mundhygienestatus sowie die eingehende Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen
 - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung
 - Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
 - Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (Professionelle Zahnreinigung)
 - Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
 - Fissurenversiegelung.
- b) Kunststofffüllungen (auch Kompositfüllung im Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Verfahren genannt)
Zu den erstattungsfähigen Kunststofffüllungen zählen insbesondere Füllungen im nicht sichtbaren Seiten- und Backenzahnbereich.

- c) Wurzelbehandlung
- d) Behandlung von Parodontose bzw. Parodontitis
- e) Maßnahmen zur Schmerzlinderung im unmittelbaren Zusammenhang mit Behandlungen nach a) bis d), einschließlich Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose oder Hypnose, Akupunktur zur Schmerzausschaltung.
- f) Aufbissbehelfe und adjustierte Okklusionsschienen (z. B. Knirscherschienen, DROS-Schienen) einschließlich der zur Versorgung mit der Schiene unmittelbar erforderlichen Funktionsanalyse und -therapie.
- g) zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten), soweit diese zur Erbringung einer der versicherten Behandlungsleistungen unmittelbar erforderlich sind.

2.4 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, implantatgetragenen Zahnersatz, Verblendungen bis zu Zahn/regio sieben sowie Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Veneers (keramische Verblendschalen), Inlays und Onlays.

Ferner wird geleistet für die Kosten der zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz unmittelbar erforderlichen Leistungen einschließlich

- Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose oder Hypnose, Akupunktur zur Schmerzausschaltung
- Computertomographie (CT) oder digitale Volumetomographie (DVT) bei Versorgung mit Implantaten
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie, einschließlich therapeutischer Schienen

2.5 Unfallbedingte Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die kieferorthopädische Behandlung von Kieferfehlstellungen, soweit sie verletzungsbedingt notwendig ist.

2.6 Ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Ambulante ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, die zur gezielten Früherkennung von Krankheiten geeignet sind oder im Rahmen der Betreuung von Schwangeren erfolgen.
- b) Schutzimpfungen einschließlich Reiseimpfungen und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, das sind insbesondere alle Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) empfohlen werden.

2.7 Sehhilfen, ambulante chirurgische Sehschärfenkorrektur (refraktive Chirurgie)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Sehhilfen (Brillenfassungen, Brillengläser, Kontaktlinsen) einschließlich
 - Bildschirmarbeitsplatzbrillen,
 - Sonnenbrillen,
 - Brillen mit selbsttönenden Gläsern

in Sehstärke.

Ergänzend zu § 4 Absatz 3 AVB/RVP sind diese auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, wenn sie aufgrund einer Refraktionsbestimmung durch einen Optiker bezogen wurden.

- b) Ambulante Operationen zur Sehschärfenkorrektur, das sind Augenoperationen einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen zur Behebung oder Linderung von Fehlsichtigkeit mittels:
- Hornhautchirurgie (z. B. Lasik)
 - Linsen Chirurgie (Implantation von Intraokularlinsen)
 - Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten für die Implantation von Intraokularlinsen mit Zusatzfunktionen (z. B. Multifokallinsen) bei Katarakt-Operation (Operation zur Behandlung von grauem Star).

2.8 Hilfsmittel - ausgenommen Sehhilfen

Erstattet werden die Aufwendungen für

- ärztlich verordnete Hilfsmittel,
- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen nach § 33 Absatz 8 i.V.m. § 61 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - siehe Anhang, soweit sie tatsächlich vom Versicherten zu zahlen sind.

Hiervon ausgenommen sind Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI, siehe auch Nr. 2.12 d).

2.9 Arznei-, Verband- und Heilmittel

Erstattet werden die Aufwendungen für von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker im Rahmen der Behandlung verordnete

- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel einschließlich Osteopathie durch hierfür zugelassene Behandelnde. Eine Verordnung ist nicht erforderlich, wenn Heilmittel von einem Arzt oder Heilpraktiker selbst erbracht werden.
- Ebenfalls erstattungsfähig sind gesetzlich festgelegte Zuzahlungen nach §§ 31 Absatz 3, 32 Absatz 2 i.V.m. § 61 SGB V (siehe Anhang) soweit sie tatsächlich vom Versicherten zu zahlen sind.

2.10 Ambulante Naturheilverfahren

- a) Ärzte
Erstattungsfähig sind in Erweiterung von § 4 Absatz 6 AVB/RVP die Aufwendungen für von einem Arzt angewandte Naturheilverfahren, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Hufelandverzeichnis) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind.
- b) Heilpraktiker
Die Aufwendungen für oben genannte und von Heilpraktikern angewandte Naturheilverfahren sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

2.11 Liquidationen von Behandelnden

Ergänzend zu § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnete Aufwendungen erstattungsfähig.

Aufwendungen für Zahnersatz nach Nr. 2.4 und Kieferorthopädie nach Nr. 2.5 sind in Erweiterung von, § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP auch erstattungsfähig, wenn die Leistungen auf der Basis einer sachlich begründeten rechtswirksamen Honorarvereinbarung mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden.

Rechnungen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Kosten erstattungsfähig.

2.12 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- a) Ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP Aufwendungen für Zahnersatz oder dessen Reparatur bei Zähnen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung bereits fehlten und noch nicht dauerhaft ersetzt waren, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen waren oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlten;
- b) ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP ferner auch Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung, die bereits vor Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung angeraten oder geplant waren;
- c) mit der GKV oder PKV vereinbarte Selbstbehalte;
- d) Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- e) Kosten für voll- oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen;
- f) Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI, die dem Pflegebedürftigen zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung seiner Beschwerden oder verordnet wurden, um ihm eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes, Zahnarztes, Heilpraktikers insbesondere:

- eine Kopie der Verordnung (Rezept) bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- die gesonderte Rechnung des Dentallabors bei Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Material und Laborkosten)
- einen Nachweis über etwaige Leistungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger

von GKV-Versicherten zusätzlich:

- einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV zum Zahnersatz
- eine Kopie des von der GKV genehmigten oder abgelehnten Behandlungsplans bei kieferorthopädischer Behandlung
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat

von PKV-Versicherten nach Nr. 1 zusätzlich:

- einen Nachweis über die für die einzelnen Leistungen erfolgten Erstattungen oder
- einen Nachweis über eine erfolgte Ablehnung mit der jeweiligen Begründung

4. Beitragsgruppen

Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 0-15, 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Zur Festsetzung der Beiträge siehe § 8 Absatz 2 AVB/RVP.

R+V-Klinik 1 PROFIL individual

Tarif R+V-Klinik 1 PROFIL individual (K1IVP, K1IHP, K1INP, K1IXP, K1IYP) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer

gültig ab 01.12.2023

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach diesem Tarif vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sowie,
- soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Werden Angehörige einer berechtigten Person versichert, muss die jeweilige berechnete Person Versicherungsnehmer dieser Versicherungsverhältnisse sein.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt nach Maßgabe der Nrn. 2.2, 2.11 und 2.12 die in Nrn. 2.2 bis 2.10 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

2.1 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, gelten als anzurechnende Vorleistungen.

2.2 Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

2.2.1 Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus

nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Internetzugangs, Telefons und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- oder bei Entbindung einer versicherten Person alternativ die Unterkunft in einem Familienzimmer einschließlich Verpflegung einer Begleitperson sowie der Kosten für die Bereitstellung eines Internetzugangs, Telefons und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
zu 100 %;
- Zuzahlungen zur stationären Behandlung nach § 61 S. 2 SGB V
zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
zu 100 %.

2.2.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:

- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Entbindung auch keine Belegung eines Familienzimmers)
30 EUR;
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
40 EUR;
- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen
70 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag.

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.3 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.3.1 Krankenhäuser im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV abrechnen

- a) bei Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten, einschließlich

Zuzahlungen nach § 61 S. 2 SGB V sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.7) zu 100 %;

- b) ohne Vorleistung der GKV:
Übernimmt die GKV keine Kosten für Allgemeine Krankenhausleistung, wird für jeden Tag der stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von 70 EUR gezahlt.

- 2.3.2 Bei stationärer Behandlung im Ausland:
Bei stationärer Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird für jeden Tag der stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von 70 EUR gezahlt.

2.4 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines versicherten Kinds sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson erstattungsfähig zu 100 %, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahrs des Kinds begonnen hat.

2.5 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahrs bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthalts notwendig ist, zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthalts und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.6 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer nach Vorleistung der GKV die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.7) sowie Sachkosten werden ersetzt zu 100 %.

Dies gilt entsprechend, wenn die GKV ihre Leistungspflicht abgelehnt hat, es sei denn die Ablehnung erfolgt, weil der Behandelnde nicht zulasten der GKV abrechnen darf.

2.7 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.3.1 bzw. 2.6 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.8 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Absatz 4 a) AVB/RVP werden bei vollstationärer Behandlung diejenigen Aufwendungen zu 100 % ersetzt, die

- nach Vorleistung der GKV für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus verbleiben, einschließlich der hierfür getragenen Zuzahlungsbeträge nach § 60 SGB V
- bei einer auf eigenen Wunsch erfolgenden Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn der Transport mit dem günstigsten medizinisch notwendigen Verkehrsmittel erfolgt und die Krankenhausbehandlung nach der Prognose des behandelnden Arztes weitere 7 Tage dauern wird.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.9 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 200 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung der versicherten Person stationär oder ambulant erfolgt.

2.10 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 56 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Übereinstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

2.11 Liquidationen von Behandelnden

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind ärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.12 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen;
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zur Rechnung:

- bei Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht nach KHEntgG oder BPfIV abrechnet, einen Nachweis über eine etwaige Vorleistung der GKV
- einen Nichterstattungsvermerk mit Angabe des Ablehnungsgrunds auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen für eine ambulante Operation im Krankenhaus abgelehnt hat,
- einen Nachweis über etwaige Leistungen aus anderen Zusatzversicherungen.

4. Beitragsgruppe

Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 0-15, 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Zur Festsetzung der Beiträge siehe § 8 Absatz 2 AVB/RVP.

R+V-Klinik 2 PROFIL individual

Tarif R+V-Klinik 2 PROFIL individual (K2IVP, K2IHP, K2INP, K2IXP, K2IYP) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer

gültig ab 01.12.2023

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach diesem Tarif vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sowie,
- soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Werden Angehörige einer berechtigten Person versichert, muss die jeweilige berechnete Person Versicherungsnehmer dieser Versicherungsverhältnisse sein.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt nach Maßgabe der Nrn. 2.2, 2.12 und 2.13 die in Nrn. 2.2 bis 2.11 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

2.1 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, gelten als anzurechnende Vorleistungen.

2.2 Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

2.2.1 Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus

nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Internetzugangs, Telefons und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- oder bei Entbindung einer versicherten Person alternativ die Unterkunft in einem Familienzimmer einschließlich Verpflegung einer Begleitperson sowie der Kosten für die Bereitstellung eines Internetzugangs, Telefons und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
zu 100 %;
- Zuzahlungen zur stationären Behandlung nach § 61 S. 2 SGB V
zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
zu 100 %.

2.2.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:

- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Entbindung auch keine Belegung eines Familienzimmers)
20 EUR;
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
40 EUR;
- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen
60 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag.

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegelds, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.3 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.3.1 Krankenhäuser im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV abrechnen

- a) bei Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten, einschließlich

Zuzahlungen nach § 61 S. 2 SGB V sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.8) zu 100 %;

- b) ohne Vorleistung der GKV:
Übernimmt die GKV keine Kosten für Allgemeine Krankenhausleistung, wird für jeden Tag der stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von 60 EUR gezahlt.

- 2.3.2 Bei stationärer Behandlung im Ausland:
Bei stationärer Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird für jeden Tag der stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von 60 EUR gezahlt.

2.4 Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 50 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.5 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines versicherten Kinds sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson erstattungsfähig zu 100 %, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahrs des Kinds begonnen hat.

2.6 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahrs bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthalts notwendig ist,

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthalts und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.7 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer nach Vorleistung der GKV die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.8) sowie Sachkosten werden ersetzt

zu 100 %.

Dies gilt entsprechend, wenn die GKV ihre Leistungspflicht abgelehnt hat, es sei denn die Ablehnung erfolgt, weil der Behandelnde nicht zulasten der GKV abrechnen darf.

2.8 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.3.1 bzw. 2.7 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.9 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Absatz 4 a) AVB/RVP werden bei vollstationärer Behandlung diejenigen Aufwendungen
zu 100 %
ersetzt, die

- nach Vorleistung der GKV für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus verbleiben, einschließlich der hierfür getragenen Zuzahlungsbeträge nach § 60 SGB V
- bei einer auf eigenen Wunsch erfolgenden Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn der Transport mit dem günstigsten medizinisch notwendigen Verkehrsmittel erfolgt und die Krankenhausbehandlung nach der Prognose des behandelnden Arztes weitere 7 Tage dauern wird.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.10 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 100 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung der versicherten Person stationär oder ambulant erfolgt.

2.11 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 56 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen
zu 100 %

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Übereinstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

2.12 Liquidationen von Behandelnden

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind ärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.13 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen;
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zur Rechnung:

- bei Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht nach KHEntgG oder BPfIV abrechnet, einen Nachweis über eine etwaige Vorleistung der GKV
- einen Nichterstattungsvermerk mit Angabe des Ablehnungsgrunds auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen für eine ambulante Operation im Krankenhaus abgelehnt hat,
- einen Nachweis über etwaige Leistungen aus anderen Zusatzversicherungen.

4. Beitragsgruppe

Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 0-15, 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Zur Festsetzung der Beiträge siehe § 8 Absatz 2 AVB/RVP.

R+V-Dental 70 % PROFIL individual

Tarif R+V-Dental 70 % PROFIL individual (DP7IVP, DP7IHP, DP7INP, DP7IXP, DP7IYP)

Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.12.2023

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach einem der Tarife vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sowie
- soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Werden Angehörige einer berechtigten Person versichert, muss die jeweilige berechnete Person Versicherungsnehmer dieser Versicherungsverhältnisse sein.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Nrn. 2.1 bis 2.2, 2.5 und 2.6 die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Reparatur von und Versorgung mit Zahnersatz (Nr. 2.3) sowie Kieferorthopädie (Nr. 2.4).

2.1 Umfang der Leistungen

2.1.1 Bei Behandlung in Deutschland
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

zu 70 %

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Bei Zahnersatz zahlt der Versicherer mindestens den Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach der Vorleistung der GKV, aus anderen Zusatzversicherungen anderer Versicherer und anderer Kostenträger verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.1.2 Umfang der Leistungspflicht bei Behandlung außerhalb von Deutschland
Bei Behandlung im Ausland erstattet der Versicherer die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 20 %, jedoch höchstens die nach etwaigen Vorleistungen der GKV, anderer Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger verbleibenden Restkosten.

2.1.3 Leistungsstaffel
Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie je Person und Kalenderjahr begrenzt auf insgesamt:

- 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,
- 2.000 EUR im 2. Kalenderjahr,
- 3.000 EUR im 3. Kalenderjahr,
- 4.000 EUR im 4. Kalenderjahr.

Ab dem 5. Kalenderjahr sowie für nachweislich wegen eines Unfalls erforderliche Behandlungsmaßnahmen entfällt die Begrenzung.

§ 4 Absatz 7 AVB/RVP gilt nicht für die Leistungsstaffel.

2.2 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV, weiterer privater Zusatzversicherungen anderer Versicherer oder anderer Kostenträger müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden nach Nr. 2.1.1 bei der Erstattung abgezogen.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallfürsorge.

2.3 Zahnersatz

Geleistet wird nach Nr. 2.5 für medizinisch notwendige Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, implantatgetragenen Zahnersatz, Verblendungen bis zu Zahn/regio sieben sowie Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Veneers (keramische Verblendschalen), Inlays und Onlays.
Ferner wird geleistet für die Kosten der zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz unmittelbar erforderlichen Leistungen einschließlich

- Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose, Hypnose oder Akupunktur zur Schmerzausschaltung
- Computertomographie (CT) oder digitale Volumetomographie (DVT) bei Versorgung mit Implantaten
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie, einschließlich therapeutischer Schienen

2.4 Kieferorthopädie

Die Kosten für eine medizinisch notwendige ambulante kieferorthopädische Behandlung werden nach Nr. 2.5 erstattet, wenn diese entweder

- vor Ablauf des Kalenderjahrs begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat oder
- wegen einer schweren Kieferanomalie im Sinne der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung erforderlich wird. Dazu zählen insbesondere verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen.

2.5 Liquidationen von Behandelnden

Erstattungsfähig sind im Rahmen der medizinisch notwendigen Versorgung mit bzw. Reparatur von Zahnersatz oder Durchführung von Kieferorthopädie Aufwendungen für

- ärztliche und zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten sowie für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten)

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

2.6 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- a) Ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP Aufwendungen für Zahnersatz oder dessen Reparatur bei Zähnen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung bereits fehlten und noch nicht dauerhaft ersetzt waren, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen waren oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlten;
- b) ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP ferner auch Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung, die bereits vor Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung angeraten oder geplant waren;
- c) Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- d) Kosten für voll- oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes, Zahnarztes oder Kieferorthopäden insbesondere:

- einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV zum Zahnersatz;
- eine Rechnung über etwaige zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten);
- einen Nachweis über etwaige Erstattungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger;
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat;
- bei kieferorthopädischer Behandlung eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

4. Beitragsgruppen

Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 0-15, 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Zur Festsetzung der Beiträge siehe § 8 Absatz 2 AVB/RVP.

R+V-Dental 900/90 PROFIL individual**Tarif R+V-Dental 900/90 PROFIL individual (DK9IVP, DK9IHP, DK9INP, DK9IXP, DK9IYP)****Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie****gültig ab 01.12.2023**

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV). Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach diesem Tarif vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einem in Deutschland zugelassenen privaten Krankensversicherer nach Tarifen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) genügen sowie,
- soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Werden Angehörige einer berechtigten Person versichert, muss die jeweilige berechnete Person Versicherungsnehmer dieser Versicherungsverhältnisse sein.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Nrn. 2.1 bis 2.2, 2.5 und 2.6 die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Reparatur von und Versorgung mit Zahnersatz (Nr. 2.3) sowie Kieferorthopädie (Nr. 2.4).

2.1 Umfang der Leistungen

- 2.1.1 Bei Behandlung in Deutschland
erstattet der Versicherer die erstattungsfähigen verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Betrag von 900 EUR je Kalenderjahr
- | | |
|----------------------------------|-----------|
| | zu 100 %, |
| darüber hinausgehende Restkosten | zu 90 %. |
- 2.1.2 Bei Behandlungen außerhalb von Deutschland
Bei Behandlung im Ausland erstattet der Versicherer den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag
- | | |
|--|---------|
| | zu 50 % |
|--|---------|

jedoch höchstens die nach etwaigen Vorleistungen der GKV, PKV, anderer Zusatzversicherungen oder Kostenträger verbleibenden Restkosten.

2.1.3 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie je Person und Kalenderjahr begrenzt auf insgesamt:

- 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,
- 2.000 EUR im 2. Kalenderjahr,
- 3.000 EUR im 3. Kalenderjahr,
- 4.000 EUR im 4. Kalenderjahr.

Ab dem 5. Kalenderjahr sowie für nachweislich wegen eines Unfalls erforderliche Behandlungsmaßnahmen entfällt die Begrenzung.

2.1.4 Abweichend von § 4 Absatz 7 AVB/RVP mindern sich die betragsmäßigen kalenderjährlichen Erstattungshöchstbeträge bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

2.2 Vorleistungen

Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen anderer Versicherer oder anderer Kostenträger müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Dauert eine Behandlung über den Jahreswechsel hinaus an, werden die Vorleistungen auf die jeweils bezuschussten bzw. erstatteten Leistungspositionen bzw. Befunde angerechnet. Ist dies mangels fehlender Informationen oder weil befundbezogene Einzelleistungen über einen Jahreswechsel hinaus erfolgen, nicht möglich, erfolgt die Verteilung der Vorleistung im Verhältnis der für die unterschiedlichen Kalenderjahre in Rechnung gestellten Kosten.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, sowie mit der PKV vereinbarte kalenderjährliche betragsmäßige Selbstbehalte gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallfürsorge.

2.3 Zahnersatz

Geleistet wird nach Nr. 2.5 für medizinisch notwendige Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, implantatgetragenen Zahnersatz, Verblendungen bis zu Zahn/regio sieben sowie Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Veneers (keramische Verblendschalen), Inlays und Onlays.

Ferner wird geleistet für die Kosten der zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz unmittelbar erforderlichen Leistungen einschließlich

- Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose, Hypnose oder Akupunktur zur Schmerzausschaltung
- Computertomographie (CT) oder digitale Volumetomographie (DVT) bei Versorgung mit Implantaten
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie, einschließlich therapeutischer Schienen

2.4 Kieferorthopädie

Die Kosten für eine medizinisch notwendige ambulante kieferorthopädische Behandlung werden nach Nr. 2.5 erstattet, wenn diese entweder

- vor Ablauf des Kalenderjahrs begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat oder

- soweit sie wegen einer schweren Kieferanomalie im Sinne der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung erforderlich wird. Dazu zählen insbesondere verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen.

2.5 Liquidationen von Behandelnden

Erstattungsfähig sind im Rahmen der medizinisch notwendigen Versorgung mit bzw. Reparatur von Zahnersatz oder Durchführung von Kieferorthopädie Aufwendungen für

- ärztliche und zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten sowie für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten)

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

2.6 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- Ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP Aufwendungen für Zahnersatz oder dessen Reparatur bei Zähnen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung bereits fehlten und noch nicht dauerhaft ersetzt waren, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen waren oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlten;
- ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP ferner auch Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung, die bereits vor Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung angeraten oder geplant waren;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Kosten für voll- oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes, Zahnarztes oder Kieferorthopäden insbesondere:

- eine Rechnung über etwaige zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten);
- einen Nachweis über etwaige Erstattungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger

von GKV-Versicherten zusätzlich:

- einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV zum Zahnersatz
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat

- eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans bei kieferorthopädischer Behandlung

von PKV-Versicherten nach Nr. 1 zusätzlich:

- einen Nachweis über die für die einzelnen Leistungen erfolgten Erstattungen der PKV oder
- einen Nachweis über eine erfolgte Ablehnung der PKV mit der jeweiligen Begründung

4. Beitragsgruppen

Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 0-15, 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Zur Festsetzung der Beiträge siehe § 8 Absatz 2 AVB/RVP.

R+V-Dental 900 und 1800 PROFIL individual

Tarife

R+V-Dental 900 PROFIL individual (D9IVP, D9IHP, D9INP, D9IXP, D9IYP) R+V-Dental 1800 PROFIL individual (D18IVP, D18IHP, D18INP, D18IXP, D18IYP) Zusatzversicherungen mit Leistungen für Zahnersatz

gültig ab 01.12.2023

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV). Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach einem der Tarife vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person sind

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einem in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherer nach Tarifen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) genügen sowie
- soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Werden Angehörige einer berechtigten Person versichert, muss die jeweilige berechnete Person Versicherungsnehmer dieser Versicherungsverhältnisse sein.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Nrn. 2.1, 2.2, 2.5 und 2.6 die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Reparatur von und Versorgung mit Zahnersatz (Nr. 2.3) sowie unfallbedingte Kieferorthopädie (Nr. 2.4).

2.1 Umfang der Leistungen

Ersetzt werden die nach Anrechnung etwaiger Vorleistungen, siehe Nr. 2.2 verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu folgenden Beträgen:

2.1.1 Tarif R+V- Dental 900 PROFIL individual

900 EUR je Kalenderjahr

2.1.2 Tarif R+V-Dental 1800 PROFIL individual

1.000 EUR im 1. Kalenderjahr
1.800 EUR je Kalenderjahr

ab dem 2. Kalenderjahr nach Versicherungsbeginn sowie für erstattungsfähige Aufwendungen im ersten Versicherungsjahr, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

2.1.3 Abweichend von § 4 Absatz 7 AVB/RVP mindern sich die tariflichen kalenderjährlichen Erstattungshöchstbeträge bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.**2.2 Vorleistungen**

Ansprüche auf Leistungen der GKV oder einer PKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen anderer Versicherer oder anderer Kostenträger müssen von der versicherten Person vorab in Anspruch genommen werden und werden von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Dauert eine Behandlung über den Jahreswechsel hinaus an, werden die Vorleistungen auf die jeweils bezuschussten bzw. erstatteten Leistungspositionen bzw. Befunde angerechnet. Ist dies mangels fehlender Informationen oder weil befundbezogene Einzelleistungen über einen Jahreswechsel hinaus erfolgen, nicht möglich, erfolgt die Verteilung der Vorleistung im Verhältnis der für die unterschiedlichen Kalenderjahre in Rechnung gestellten Kosten.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, sowie mit der PKV vereinbarte kalenderjährliche betragsmäßige Selbstbehalte gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere, die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallfürsorge.

2.3 Zahnersatz

Geleistet wird nach Nr. 2.5 für medizinisch notwendige Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, implantatgetragenen Zahnersatz, Verblendungen bis zu Zahn/regio sieben sowie Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, Veneers (keramische Verblendschalen), Inlays und Onlays.

Ferner wird geleistet für die Kosten der zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz unmittelbar erforderlichen Leistungen einschließlich

- Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgassedierung, Vollnarkose, Hypnose oder Akupunktur zur Schmerzausschaltung
- Computertomographie (CT) oder digitale Volumetomographie (DVT) bei Versorgung mit Implantaten
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie, einschließlich therapeutischer Schienen.

2.4 Unfallbedingte Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die kieferorthopädische Behandlung von Kieferfehlstellungen, soweit sie verletzungsbedingt medizinisch notwendig ist.

2.5 Liquidationen von Behandelnden

Erstattungsfähig sind im Rahmen der medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz oder Durchführung von Kieferorthopädie Aufwendungen für

- ärztliche und zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten sowie für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten)

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/RVP sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen am Aufenthaltsort entsprechen.

2.6 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- a) Ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP Aufwendungen für Zahnersatz oder dessen Reparatur bei Zähnen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung bereits fehlten und noch nicht dauerhaft ersetzt waren, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen waren oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlten;
- b) ergänzend zu § 2 Absatz 1 AVB/RVP ferner auch Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung, die bereits vor Antragstellung bzw. Anmeldung der versicherten Person zur Gruppenversicherung angedacht oder geplant waren;
- c) Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- d) Kosten für voll- oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes, Zahnarztes oder Kieferorthopäden insbesondere:

- eine Rechnung über etwaige zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten);
- einen Nachweis über etwaige Erstattungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger

von GKV-Versicherten zusätzlich:

- einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV zum Zahnersatz
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat
- eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans bei kieferorthopädischer Behandlung

von PKV-Versicherten nach Nr. 1 zusätzlich:

- einen Nachweis über die für die einzelnen Leistungen erfolgten Erstattungen der PKV oder
- einen Nachweis über eine erfolgte Ablehnung der PKV mit der jeweiligen Begründung

4. Beitragsgruppen

Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 0-15, 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Zur Festsetzung der Beiträge siehe § 8 Absatz 2 AVB/RVP.

R+V-Ambulant PROFIL individual

Tarif R+V-Ambulant PROFIL individual (AGIVP, AGIHP, AGINP, AGIXP, AGIYP) Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.12.2023

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen nach Tarifen mit der Endung P (AVB/RVP).

Der Versicherungsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ansprüche auf Leistungen der GKV sowie weiterer privater Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden nach den tariflichen Regelungen angerechnet.

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können Personen, für die im Gruppenversicherungsvertrag eine Versicherung nach einem der Tarife vorgesehen ist.

Weitere Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der versicherten Person ist

- deren Versicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sowie
- für die Aufnahmefähigkeit deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Werden Angehörige einer berechtigten Person versichert, muss die jeweilige berechnete Person Versicherungsnehmer dieser Versicherungsverhältnisse sein.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit bzw. dem Ausscheiden aus dem im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Personenkreis, siehe hierzu § 15 AVB/RVP.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt nach Maßgabe der Nrn. 2.1 bis 2.3 Leistungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung.

2.1 Vorleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat.

Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.2 b).

Ansprüche auf Leistungen aus privaten Zusatzversicherungen anderer Versicherer oder anderer Kostenträger müssen ebenfalls von der versicherten Person in Anspruch genommen werden und werden vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag abgezogen.

Selbstbehalte, die von der GKV einbehalten werden, weil mit ihr ein Wahltarif nach § 53 Absatz 1 SGB V vereinbart wurde, gelten als anzurechnende Vorleistungen.

Andere Kostenträger sind insbesondere die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallfürsorge und der Eingliederungshilfe.

2.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Nach Vorleistung durch die GKV

Im Rahmen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden 80 % der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV für folgende Aufwendungen ersetzt (nicht erstattungsfähige Aufwendungen siehe Nr. 2.3):

- Heilbehandlungen durch Ärzte und Zahnärzte einschließlich Behandlung mittels Naturheilverfahren, ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Fissurenversiegelung und Mundhygienestatus. Psychotherapie durch Ärzte und Psychotherapeuten,
- ambulante Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern,
- ärztlich bzw. zahnärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
- ärztlich verordnete Heilmittel,
- ärztlich verordnete Hilfsmittel bis zum Höchstbetrag nach Nr. 2.2 c), ausgenommen Sehhilfen

In diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:

- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen einschließlich des Kürzungsbetrags für den fehlenden Arzneimittelrabatt in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze,
- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil zu 100 % ersetzt.

b) Ohne Vorleistung der GKV

Hat die GKV für Aufwendungen nach Nr. 2.2 a) keine Vorleistung erbracht, werden sie zu 40 % ersetzt.

Für die in 2.2 a) geregelten Zuzahlungen und Abschläge bleibt es bei den dortigen Erstattungssätzen.

c) Erstattungshöchstbetrag Hilfsmittel

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel nach Nrn. 2.2 a) und b) sind innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt max. 600 EUR erstattungsfähig.

2.3 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig im Sinne von Nr. 2.2 sind Aufwendungen für:

- Heilbehandlungen durch Leistungserbringer, die in Nr. 2.2 nicht ausdrücklich genannt sind, z. B. Heilpraktiker,
- Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung,
- Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI, die dem Pflegebedürftigen zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung seiner Beschwerden oder verordnet wurden, um ihm eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen,
- Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung, Kunststoff-Füllungen, Kieferorthopädie sowie Zahnersatz einschließlich zahntechnischer Leistungen. Als Zahnersatz gelten

Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stifzähne, Inlays, Onlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen und vorbereitender Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen) sowie therapeutische Schienen,

- Sehhilfen.

3. Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der jeweiligen Rechnung insbesondere:

- einen Nachweis über die Vorleistung der GKV,
- einen Nichterstattungsvermerk auf der Original-Rechnung bzw. den Ablehnungsbescheid, wenn die GKV Leistungen abgelehnt hat,
- einen Nachweis über etwaige Leistungen aus anderen Zusatzversicherungen oder anderer Kostenträger,
- eine Kopie der Verordnung (Rezept) bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

4. Beitragsgruppen

Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 0-15, 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Zur Festsetzung der Beiträge siehe § 8 Absatz 2 AVB/RVP.

Allgemeine Versicherungsbedingungen R+V-Ausland PROFIL (AROV, AROHP, ARONP, AROXP, AROY) R+V-Ausland PROFIL individual (ARIVP, ARIHP, ARINP, ARIXP, ARIYP) in Gruppenversicherungsverträgen (AVB/ARP)

gültig ab 01.12.2023

Begriffsbestimmungen

Gruppenvertragspartner = Natürliche oder juristische Person, die für einen mit dem Versicherer vereinbarten Personenkreis eine Gruppenversicherung abgeschlossen hat (z. B. Arbeitgeber/Unternehmen für seine Mitarbeiter bei betrieblicher Krankenversicherung).

Berechtigte Person = Person, für die nach dem Gruppenversicherungsvertrag eine Anmeldung zur Versicherung nach einem dieser Tarife vorgesehen ist und die - soweit im Gruppenversicherungsvertrag vorgesehen - zudem etwaige Angehörige versichern kann (z. B. Mitarbeiter eines Gruppenvertragspartners bei betrieblicher Krankenversicherung).

Angehörige = Familienangehörige einer berechtigten Person, die nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbar sind.

§ 1 Gegenstand, Umfang, Geltungsbereich des Versicherungsschutzes und Versicherungsfähigkeit

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland. Nicht als Ausland gelten
- die Bundesrepublik Deutschland sowie
 - das Staatsgebiet des Lands, in dem die versicherte Person während der Dauer eines Versicherungsfalls einen ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer im Ausland entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaft und Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, Versicherungsausweis, dem Gruppenversicherungsvertrag, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Versicherungsschutz besteht für die jeweils ersten 56 Tage eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person.
- (5) Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind die im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten berechtigten Personen, die entweder
- bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder

- einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherer (PKV) nach Tarifen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) genügen,

versichert sind.

- a) Ist Versicherungsnehmer des Versicherungsverhältnisses der Gruppenvertragspartner, muss die berechnigte Person ihren ständigen Wohnsitz entweder in der Bundesrepublik Deutschland, in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) haben.
- b) Ist die berechnigte Person Versicherungsnehmer für das eigene Versicherungsverhältnis oder das eines Angehörigen, muss der ständige Wohnsitz der versicherten und der berechnigten Person in der Bundesrepublik Deutschland liegen, siehe aber § 15 Absatz 1.

Bei Verlegung des ständigen Wohnsitzes der versicherten Person in ein Land außerhalb der EU oder des EWR endet das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person, siehe auch § 15 Absatz 4.

Der Versicherer ist berechnigt, entsprechende Nachweise zu verlangen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Grenzübertritt ins Ausland, frühestens jedoch mit dem im Versicherungsausweis bzw. Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).
Ist die berechnigte Person Versicherungsnehmer des Versicherungsverhältnisses, beginnt der Versicherungsschutz zudem nicht vor Abschluss des jeweiligen Versicherungsvertrags zwischen der berechnigten Person und dem Versicherer (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).
- (2) Wird das Versicherungsverhältnis einer berechnigten Person von einem Tarif AROVP, AROHP, ARONP, AROXP oder AROYYP ohne Unterbrechung in ein Versicherungsverhältnis nach einem Tarif ARIVP, ARIHP, ARINP, ARIXP oder ARIYP umgestellt und die berechnigte Person zum Versicherungsnehmer für dieses Versicherungsverhältnis bestimmt, werden die im Rahmen des vorangegangenen Versicherungsverhältnisses erworbenen Rechte angerechnet. Dies gilt entsprechend für die Dauer eines bereits begonnenen Auslandsaufenthalts.

Sätze 1 und 2 gelten ebenso, wenn bei einem Versicherungsverhältnis nach einem Tarif ARIVP, ARIHP, ARINP, ARIXP oder ARIYP anstelle des Gruppenvertragspartners die berechnigte Person zum Versicherungsnehmer bestimmt wird.
- (3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung durch den berechnigten Elternteil spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.
- (4) Der Geburt eines Kinds steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.
- (5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Ausland besteht.

§ 3 Wartezeiten

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland für Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Leistungserbringern verordnet werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (4) Der Versicherer erbringt ausschließlich die nachfolgend aufgeführten Leistungen. Sonstige Leistungen, z. B. für Sehhilfen, sind nicht erstattungsfähig:
 - a) ärztliche Leistungen
Versichert sind auch unvorhergesehen auftretende akute Schwangerschaftskomplikationen einschließlich medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruchs, Frühgeburt (vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) und Fehlgeburt einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Neugeborenem entstehenden Behandlungskosten;
 - b) zahnärztliche Leistungen
Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber für Neuanfertigung von Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Implantate) und Kieferorthopädie;
 - c) Arzneimittel
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;
 - d) Heilmittel
Als Heilmittel gelten Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e) Hilfsmittel
Ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung, die während der versicherten Reise erstmals erforderlich werden, nicht jedoch Sehhilfen und Hörgeräte;
 - f) stationäre Heilbehandlung
Bei stationärer Heilbehandlung, auch wegen akuter Schwangerschaftskomplikationen (siehe a)) in einem Krankenhaus Unterkunft, Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen sowie zusätzliche Unterbringungskosten von versicherten Kindern im Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung eines Elternteils.
Bei stationärer Heilbehandlung eines versicherten Kindes die zusätzlichen Unterbringungskosten einer versicherten erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus. Anstelle von Kostenersatz für die stationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR pro Tag gewählt werden;
 - g) Transporte
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch Rettungsdienste einschließlich des gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransports; sowie bis zu 100 EUR je Versicherungsfall für den Transport vom Krankenhaus oder Notfallarzt zurück zur Unterkunft;
 - h) Rücktransportkosten
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland bzw. das Land des zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles bestehenden Wohnsitzes in einem Land der EU bzw. des EWR, wenn mindestens einer der folgenden Fälle zutrifft:

- ha) der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar und der behandelnde Arzt im Ausland hat dies schriftlich angeordnet. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports erfolgt in Abstimmung zwischen dem ausländischen Leistungserbringer und einem Beratungsarzt des Versicherers;
- hb) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten des Rücktransports;
- hc) nach der Prognose des behandelnden ausländischen Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt nach § 4 Absatz 1 erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

Durch Rücktransporte ersparte Fahrt- und Flugkosten werden auf die Leistungen des Versicherers angerechnet.

- i) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthalts Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen. Dies sind ausschließlich die unvermeidbaren Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.
- j) längere Erkrankung, hilfebedürftige Kinder
Dauert ein Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage und wird ärztlich attestiert, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag die Reise des Ehepartners, Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grads zum Ort des Krankenhausaufenthalts und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden höchstens die Kosten eines Business-class-Flugs bis maximal 1.300 EUR erstattet. Die Kosten des Aufenthalts vor Ort sind nicht versichert. Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag die Rückreise der Kinder soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen.
- k) Telefonkosten
Der Versicherer erstattet die im Versicherungsfall für die Kontaktaufnahme mit dem Versicherer über die von ihm zur Verfügung gestellte 24-Stunden-Hotline entstandenen Kosten. Diese sind durch eine Telefonkostenrechnung mit Einzelverbindungs nachweis zu belegen.

- (5) Auf Anfrage unterstützt der Versicherer den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person, gegebenenfalls durch qualifizierte Dienstleister insbesondere mit folgenden Leistungen
 - Informationen über Möglichkeiten der medizinischen Versorgung,
 - Nennung von Ärzten im Aufenthaltsland,
 - Kontaktaufnahme zum Hausarzt des Betroffenen,
 - Vermittlung des Kontakts/Informationsaustausches zwischen den behandelnden Ärzten/Krankenhausärzten und dem Hausarzt,

- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
- Organisation von Rücktransporten nach § 4 Absatz 4 h) bzw. Bestattung oder Überführung nach § 4 Absatz 4 i).

§ 4 a Beitragsfreistellung (gilt nur für die Tarife AROVP, AROHP, ARONP, AROXP und AROYYP)

- (1) Der Versicherungsnehmer hat für die jeweils versicherte Person nach Maßgabe von Absatz 2 einen Anspruch auf Beitragsfreistellung des vereinbarten Tarifs AROVP, AROHP, ARONP, AROXP oder AROYYP, sofern diese aus einem der Absatz 2 genannten Gründe keinen Anspruch auf Entgelt gegenüber dem Versicherungsnehmer hat, maximal jedoch für 36 Monate je Beitragsfreistellungsgrund.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, Eintritt, Fortdauer und Ende des Beitragsfreistellungsgrunds auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Bei einer Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt § 10.

Die versicherte Person hat während der Dauer der Beitragsfreistellung unverändert vollen Versicherungsschutz und Anspruch auf die Leistungen nach dem vereinbarten Tarif.

- (2) Beitragsfreistellungsgründe

- Ende der Entgeltfortzahlung bei ärztlich bescheinigter fortdauernder Arbeitsunfähigkeit
- Ruhen des Arbeitsverhältnisses wegen Elternzeit (je Kind bis zu maximal 36 Monate) nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
- vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung wegen Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz
- zwischen Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbarte vorübergehende vollständige Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung, während der zudem keine Entgeltabrechnung erstellt wird (unbezahlter Urlaub, Sabbatical).

- (3) Beginn und Ende der Beitragsfreistellung, Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige

- a) Beginn der Beitragsfreistellung bei fristgemäßer Anzeige
Beginnt die Zeit, für die wegen eines Grunds nach Absatz 2 kein Entgelt gezahlt wird, an einem Monatsersten, wird dieser Monat beitragsfrei gestellt.

Beginnt die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, zu einem späteren Zeitpunkt, wird der Tarif ab dem Folgemonat beitragsfrei gestellt. Voraussetzung ist, dass zumindest für den Monatsersten des Folgemonats kein Entgelt gezahlt wird.

- b) Ende der Beitragsfreistellung
Die Beitragsfreistellung endet mit dem Monat, in dem die Zeit, für die kein Entgelt gezahlt wird, endet, spätestens jedoch mit Ablauf des 36. Monats ab Beginn der Beitragsfreistellung. Der Versicherungsnehmer ist dann verpflichtet, den zu diesem Zeitpunkt gültigen Beitrag zu zahlen.

- c) Anzeigefrist, Folgen verspäteter Anzeige
Beginn und - soweit bekannt - das Ende des Zeitraums ohne Entgeltzahlung wegen eines Beitragsfreistellungsgrunds sind dem Versicherer spätestens innerhalb von zwei Monaten ab dem ersten entgeltfreien Tag anzuzeigen.

Erfolgt die Anzeige des Beginns der entgeltfreien Zeit später, beginnt die Beitragsfreistellung erst mit dem auf die Anzeige folgenden Monat, sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung fort dauern.

Endet der Zeitraum, für den kein Entgelt gezahlt wird vor einem mitgeteilten Zeitpunkt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, diesen Umstand unverzüglich anzuzeigen. Dies gilt ebenfalls für eine Verlängerung des entgeltfreien Zeitraums.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht nach § 4 besteht
- a) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - b) für medizinische Versorgung im Ausland, von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthalts stattfinden musste, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - c) für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Terrorakten oder inneren Unruhen, die durch aktive Teilnahme an diesen verursacht sind und wegen einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorhersehbar waren;
 - d) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - e) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - f) für Untersuchung und Behandlung wegen künstlicher Befruchtung, Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen, Früh- und Fehlgeburt notwendig ist;
 - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - h) für Eigenbehandlungen und Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. Dabei werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zugrunde gelegt.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen aus Verträgen bei anderen Versicherungsträgern bestehen, gehen diese vor. Dies gilt auch, wenn der andere Versicherungsträger ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart hat. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.
- (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise (diese werden Eigentum des Versicherers) erbracht sind:
- a) der Anspruch ist durch Originale der Belege nachzuweisen;
 - b) die Belege müssen grundsätzlich enthalten:
Name und Adresse des Ausstellers, Ausstellungsdatum, Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum der behandelten Person;
 - ärztliche/zahnärztliche Rechnungen zusätzlich:
Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der einzelnen ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten;
 - Arznei-/Heil-/Hilfsmittelbezug:
Verordnungen zusätzlich: Art und Menge; Rechnungen darüber hinaus: Preis, Bezugsdatum, Quittung;
 - Krankenhausrechnungen zusätzlich:
Aufnahme- und Entlassungsdatum, Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der Leistungen.
 - c) der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist außerdem durch geeignete Nachweise nach § 4 Absatz 4 h) zu begründen.
Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen;
 - d) der Anspruch auf Erstattung von Bestattungs-/Überführungskosten ist außerdem durch amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen.
Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen.
 - d) der Anspruch auf Telefonkosten ist mit einem detaillierten Einzelverbindungs nachweis zu den Verbindungskosten nachzuweisen;
 - f) Transportkosten für die Rückkehr zur Unterkunft sind mit einer Rechnung, aus der sich zusätzlich, Uhrzeit sowie Abfahrts- und Ankunftsort ergeben, nachzuweisen.
- (2) Bei Versicherung nach einem Tarif AROVP, AROHP, ARONP, AROXP oder AROYD leistet der Versicherer an die versicherte Person (berechtigter Person).
- Bei Versicherung nach einem Tarif ARIVP, ARIHP, ARINP, ARIXP oder ARIYP leistet der Versicherer an die versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen nach § 4 benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen, es sei denn, der Gruppenvertragspartner ist Versicherungsnehmer des Versicherungsverhältnisses. In diesem Fall ist die berechnete Person ohne entsprechende Erklärung empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen nach § 4.
- (3) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (4) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen - mit Ausnahme auf ein inländisches Konto - können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts, spätestens jedoch mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses, siehe aber Absatz 2.
- (2) Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind, soweit nicht anders vereinbart, am Ersten eines jeden Monats fällig. Für die Beiträge ist dem Versicherer ein SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen. Auf Basis dessen werden die fälligen Beiträge eingezogen.
- (2) Für eine Versicherung nach einem Tarif AROVP, AROHP, ARONP, AROXP oder AROYD gilt unabhängig vom Alter der versicherten Person der nach den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte jeweils gültige einheitliche Beitrag.
- (3) Für die Festsetzung der Beiträge nach einem Tarif ARIVP, ARIHP, ARINP, ARIXP oder ARIYP gilt als Alter die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.
Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 0-15, 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Lebensjahr vollendet wird.
- (4) Ist eine andere Zahlweise als die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats vereinbart, sind die Beiträge an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (5) In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.
In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.
Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.
- (6) Der erste Beitrag ist soweit nicht anders vereinbart - unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins bzw. Versicherungsausweises zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt. Einer rechtzeitigen Zahlung steht die Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats gleich, es sei denn die Bank führt den Einzug des fälligen Beitrags mangels Kontodeckung nicht aus oder der berechtigten Lastschrift wird durch den hierzu Befugten widersprochen.
- (7) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Ist der Gruppenvertragspartner Versicherungsnehmer eines Versicherungsverhältnisses, gelten ergänzend hierzu die Vereinbarungen im Gruppenversicherungsvertrag.

Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung mindestens 0,50 EUR. Darüber hinaus können insbesondere Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird gegebenenfalls die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.
- (3) Als tarifliches Lebensalter gilt die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder häufigerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine nicht nur vorübergehende Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Treuhänder ist derjenige Treuhänder, der vom Versicherer gegenüber der Aufsichtsbehörde als unabhängiger Treuhänder für die nicht gesetzlich vorgeschriebenen substitutiven Krankenversicherungstarife benannt ist.
- (2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Zur Prüfung, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang ein bedingungsgemäßer Versicherungsfall vorliegt, ist die versicherte Person verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers Ärzte, Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zur Auskunftserteilung zu ermächtigen und von ihrer Schweigepflicht dem Versicherer gegenüber zu entbinden oder die erforderlichen Auskünfte selbst beizubringen.
- (4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer, der berechtigten Person bzw. der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer, die berechtigte oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer, die berechtigte oder die versicherte Person hat seinen bzw. ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer - soweit erforderlich - mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer, die berechtigte oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer, der berechtigten oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder die berechtigte Person

- (1) Der Versicherungsnehmer kann, soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders vereinbart, das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, kann die berechtigte Person, während der Dauer der Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags nur das gesamte nach dem Gruppenversicherungsvertrag für sie vereinbarte Tarifpaket einschließlich der von ihr für Angehörige vereinbarten Versicherungsverhältnisse zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (3) 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 zu zahlen ist, kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens gekündigt werden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 Absatz 1, so kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden.
- (5) Sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, kann die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung zum Schlusse des Monats verlangt werden, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. bei vorzeitigem Ausscheiden einer zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten berechtigten Person aus dem versicherungsfähigen Personenkreis, hat diese das Recht, das Versicherungsverhältnis zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach dem hierfür zur Verfügung stehenden Tarif fortzuführen, soweit Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Abweichend von § 1 Absatz 5 b) kann der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt seinen ständigen Wohnsitz in einem Land der EU oder des EWR haben.

Die Erklärung zur Fortführung ist innerhalb zweier Monate ab dem Zeitpunkt der Information durch den Versicherer über das Fortführungsrecht gegenüber dem Versicherer abzugeben. Als Eintrittsalter wird das von der jeweiligen versicherten Person dann erreichte tarifliche Alter zu Grunde gelegt.
- (2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod der berechtigten Person. Die von ihr versicherten Angehörigen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern dieser seinen ständigen Wohnsitz entweder in Deutschland oder in einem anderen Land innerhalb der EU oder des EWR hat.

Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod der berechtigten Person abzugeben.
- (3) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (4) Entfällt für eine versicherte Person die Versicherungsfähigkeit (z. B. durch Verlegung des ständigen Wohnsitzes in einen anderen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder weil sie weder in einer deutschen GKV noch PKV versichert ist), endet das Versicherungsverhältnis für die betroffene Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.
- (5) Liegt ein Scheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner einer berechtigten Person das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit Versicherungsfähigkeit besteht. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen 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. Hinsichtlich des Treuhänders gilt § 8 b Absatz 1, Satz 4 entsprechend. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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 Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine 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, es sei denn, mit dem Gruppenversicherungsvertragspartner wird ein anderer Termin vereinbart.

§ 19 Tätigkeits- und Geschäftsgebiet, Vertragssprache

Tätigkeits- und Geschäftsgebiet des Versicherers ist die Bundesrepublik Deutschland. Die Vertragssprache ist Deutsch.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22

10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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

- (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 Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles 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 der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 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

- (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 5000 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 5000 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 Asylbewerberleistungsgesetzes 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.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherten
 - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes
 - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeiten im Rahmen ihres freiwillige Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn der Absatz 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Absatz 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Absatz 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der

Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

- (2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

§ 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

- (3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Arzneimittel, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 30 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend. Muss für ein Arzneimittel auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, so ist die erneute Verordnung zuzahlungsfrei. Eine bereits geleistete Zuzahlung für die erneute Verordnung ist dem Versicherten auf Antrag von der Krankenkasse zu erstatten.

§ 32 Heilmittel

- (2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die nach § 125 vereinbart oder nach § 125b Absatz 2 festgesetzt worden sind.

§ 33 Hilfsmittel

- (8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43c Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

§ 53 Wahltarife

- (1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 60 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 70 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Absatz 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 75 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Abweichend von den Sätzen 4 und 5 entfällt die Erhöhung der Festzuschüsse nicht aufgrund einer Nichtinanspruchnahme der Untersuchungen nach Satz 4 im Kalenderjahr 2020. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 und unabhängig von Satz 6 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Bei allen vor dem 20. Juli 2021 bewilligten Festzuschüssen, die sich durch die Anwendung des Satzes 6 rückwirkend erhöhen, ist die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten zur Erstattung des Betrages verpflichtet, um den sich der Festzuschuss nach Satz 6 erhöht; dies gilt auch in den Fällen, in denen die von der Krankenkasse genehmigte Versorgung mit zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zwar begonnen, aber noch nicht beendet worden ist. Das Nähere zur Erstattung regeln die Bundesmantelvertragspartner.

- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder

3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegspferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegränze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Absatz 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

§ 60 Fahrkosten

- (1) Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 festgelegt hat. Die Übernahme von Fahrkosten nach Satz 3 und nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für Fahrten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse. Für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:
 1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H",
 2. eine Einstufung gemäß § 15 des Elften Buches in den Pflegegrad 3, 4 oder 5, bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität, oder
 3. bis zum 31. Dezember 2016 eine Einstufung in die Pflegestufe 2 gemäß § 15 des Elften Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und seit dem 1. Januar 2017 mindestens eine Einstufung in den Pflegegrad 3.
- (2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

(3) Als Fahrkosten werden anerkannt

1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
4. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 bis 3 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.

(4) Die Kosten des Rücktransports in das Inland werden nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt.

(5) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Absatz 1 und 3 des Neunten Buches übernommen. Zu den Reisekosten nach Satz 1 gehören bei pflegenden Angehörigen auch die Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Absatz 3 Satz 2 und 3 entstehen. Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Absatz 3 Satz 3 während einer stationären Rehabilitation ihres pflegenden Angehörigen eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse des pflegenden Angehörigen zu erstatten.

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

- (1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Absatz 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.
- (2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen; bis zum 31. Dezember 2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von 60 Euro. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.
- (3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, dass die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Absatz 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Absatz 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.
- (4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. § 40 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.
- (5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. Er

berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.

- (6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach Satz 6 festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.
- (7) Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 oder Satz 2 nicht einhalten, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

R+V Versicherungsgruppe - Raiffeisenplatz 1 - 65189 Wiesbaden
Stand Januar 2024

1. Wozu dient dieses Merkblatt?

Mit diesem Merkblatt informieren wir Sie umfassend über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Diese verarbeiten wir nur, soweit wir dazu gesetzlich berechtigt oder verpflichtet sind.

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrelevanten Gesetze streng einzuhalten, sondern auch durch weitere Maßnahmen den Datenschutz zu fördern. Erläuterungen dazu finden Sie in den Verhaltensregeln im Internet: www.code-of-conduct.ruv.de

Dort finden Sie auch die Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe, die diese Verhaltensregeln anwenden. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Verhaltensregeln gerne per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

Spezifische Informationen zur Datenverarbeitung bei einem Schaden finden Sie im Merkblatt zum Datenschutz in der Schadenbearbeitung auf unseren Seiten im Internet unter www.ruv.de/datenschutz.

2. Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten

Wenn Sie datenschutzrechtliche Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten der R+V Versicherungsgruppe:

R+V Versicherung AG
Datenschutzbeauftragter
Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden
Telefon: 0800 533-1112
Telefax: 0611 533-4500
E-Mail: datenschutz@ruv.de

Wenn Sie allgemeine **Fragen zu Ihrem Vertrag oder einem Schaden** haben, nutzen Sie bitte die **allgemeinen Kontaktmöglichkeiten**. Informationen darüber finden Sie im Internet: www.ruv.de

3. Wie und wann verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten?

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um das zu versichernde Risiko vor einem Vertragsabschluss einschätzen zu können und das Vertragsverhältnis durchzuführen, z. B. Verbesserung der Kundenstammdatenqualität im Schadens- oder Leistungsfall.

Grundsätzlich bitten wir Sie, uns nur Daten mitzuteilen, die für den jeweiligen Zweck (z. B. Vertragsbegründung, Leistungs- oder Schadenbearbeitung) notwendig oder gesetzlich vorgeschrieben sind (z. B. wegen Vorgaben aus dem Geldwäschegesetz, Vorgaben aus dem Steuerrecht). Wenn wir Sie bitten, uns Daten freiwillig mitzuteilen, machen wir Sie darauf besonders aufmerksam. Falls es eine vertragliche oder gesetzliche Pflicht zur Mitteilung der Daten gibt und Sie dies verweigern, kann daraus folgen, dass wir den Vertrag nicht schließen können oder nicht zur Leistung verpflichtet sind.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten im rechtlich zulässigen Rahmen zu Zwecken der **Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung**. **Dieser Nutzung können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Werbewidersprüche können Sie z. B. per E-Mail an ruv@ruv.de schicken.**

Ihre Daten verarbeiten wir im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben gegebenenfalls auch zu Zwecken, die nicht direkt mit Ihrem Vertrag oder einem Schaden zusammenhängen.

Beispielsweise kann dies der Fall sein, um

- zulässige regulatorische oder aufsichtsrechtliche Anforderungen zu erfüllen. So unterliegen wir mit unserer Haupttätigkeit einigen spezialgesetzlichen Vorschriften, in deren Rahmen Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden: z. B. Bekämpfung der Geldwäsche, gesetzliche Meldepflichten an staatliche Stellen, Solvency II etc.
- Verfahren elektronischer Datenverarbeitung zu prüfen und zu optimieren
- die IT-Sicherheit und den IT-Betrieb zu gewährleisten
- die Bonität in einem angewendeten Scoring-Verfahren einzustufen, zu bewerten und zu speichern
- Straftaten zu verhindern und aufklären zu können; dabei nutzen wir insbesondere Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können
- in rechtlich zulässiger Weise unternehmensübergreifend Daten zusammenzustellen und ggf. auszuwerten
- Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache zu prüfen und zu optimieren
- versicherungsrelevante Forschungszwecke zu betreiben, z. B. Unfallforschung
- die Nutzung des R+V-Vorteilsprogramms statistisch auszuwerten, damit das Programm weiterentwickelt und Vorteile kalkuliert werden können
- Tarifikalkulationen zu erstellen und internes Controlling durchzuführen
- rechtliche Ansprüche geltend zu machen und rechtliche Streitigkeiten zu klären.

4. Rechtsgrundlagen

Häufig ist die Datenverarbeitung gesetzlich zulässig, weil sie für das **Vertragsverhältnis** erforderlich ist. Das gilt vor allem für das Prüfen der Antragsunterlagen, das Abwickeln des Vertrags und um Schäden und Leistungen zu bearbeiten.

In bestimmten Fällen ist eine Datenverarbeitung nur zulässig, **wenn Sie dazu ausdrücklich einwilligen**.

Beispiele:

- Gesundheitsdaten, die wir in der Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung verarbeiten.
- In einigen Fällen verarbeiten wir Ihre Daten zu Werbezwecken nur, wenn Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben.

Um diese Einwilligung bitten wir Sie gesondert.

In anderen Fällen verarbeiten wir Ihre Daten auf Grund einer **allgemeinen Interessenabwägung**, d. h. wir wägen unsere mit den jeweiligen Interessen des Betroffenen ab. Ein Beispiel: Wenn wir wegen einer Prozessoptimierung Daten an spezialisierte Dienstleister übermitteln und diese eigenverantwortlich arbeiten, schließen wir mit diesen Dienstleistern Verträge. Diese stellen sicher, dass die Dienstleister ein angemessenes Datenschutzniveau einhalten.

5. Herkunft und Kategorien personenbezogener Daten

Grundsätzlich erheben wir personenbezogene Daten direkt beim Betroffenen, z. B. aus der mit Ihnen geführten Korrespondenz oder Kontaktformularen.

In bestimmten Fällen kann es jedoch sein, dass wir personenbezogene Daten von Dritten erhalten.

Beispiele:

- Bei **Postrückläufern** führen spezialisierte Dienstleister eine Adressrecherche durch, um aktuelle Adressdaten zu ermitteln.
- Daten zu **Mitversicherten bzw. versicherten Personen** erhalten wir über unseren Versicherungsnehmer, falls wir die Daten nicht direkt bei diesen Personen erheben können.
- Wir erheben z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum. Die erforderlichen Daten für den Leistungsfall erheben wir direkt beim Betroffenen.
- Daten zu **Bezugsberechtigten oder Begünstigten** erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum, damit wir den Betroffenen im Leistungsfall kontaktieren können.
- Bei der Kfz-Versicherung erhalten wir die Daten eines **abweichenden Halters** von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Kontaktdaten, Daten zum Fahrzeug und das Geburtsdatum.

- Bei einer Sachversicherung erhalten wir nach einem Eigentumsübergang aus gesetzlichen Gründen (§ 95ff. Versicherungsvertragsgesetz) Ihre Daten vom bisherigen Eigentümer oder seinem Vermittler.
- Daten zu **Sicherungsgebern, Kreditgebern, Leasinggebern, Bürgschafts- bzw. Garantiegläubigern und Forderungsinhabern** erhalten wir unter Umständen von unserem Versicherungsnehmer. Umgekehrt kann es sein, dass wir von diesen Daten zum Versicherungsnehmer erhalten, insbesondere Kontaktdaten und Angaben zum betroffenen Risiko.
- Bei einer **Warenkreditversicherung** erhalten wir Daten zu **Risikokunden** von unserem Versicherungsnehmer, z. B. Kontaktdaten und weitere Angaben des Risikokunden.
- Daten zu **Zeugen** erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer oder beteiligten Dritten, z. B. Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden. So erhalten wir den Namen, die Kontaktdaten und die jeweiligen Informationen zum Sachverhalt.
- Bei **Bonitätsauskünften** erhalten wir Bonitätsinformationen von spezialisierten Auskunftsteilen. Nähere Informationen dazu finden Sie unter Punkt 11.
- Außerdem erhalten wir Daten zu Ihrer Person über Ihren zuständigen Vermittler, z. B. im Rahmen der Antragsaufnahme.

6. An wen übermitteln wir Ihre Daten?

Im Rahmen des Vertrags kann es zu einer Datenübermittlung an Dritte kommen:

a) Rückversicherer

Wir geben in bestimmten Fällen, z. B. bei einem hohen finanziellen Ausfallrisiko, einen Teil der durch den Vertrag übernommenen Risiken an **Rückversicherer** weiter. Hier kann es notwendig sein, dem Rückversicherer entsprechende versicherungstechnische Angaben mitzuteilen.

Die Datenübermittlung an Rückversicherer erfolgt im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung. Wenn es erforderlich ist, gesundheitsbezogene Informationen an Rückversicherer zu übermitteln, holen wir Ihre gesonderte Einwilligung ein.

Informationen zur Datenverarbeitung bei den in Frage kommenden Rückversicherern finden Sie auf unseren Internetseiten: www.rv-re.de

b) Versicherungsvermittler

Betreut Sie bei Ihren Versicherungsgeschäften ein Vermittler, teilen wir ihm allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten mit, die er zum Beraten und Betreuen braucht. Wenn Sie nach Vertragsabschluss nicht mehr vom ursprünglichen Vermittler betreut werden wollen, können Sie Ihr **Widerspruchsrecht** nutzen. Dieses besteht auch, wenn der Vermittler aus anderen Gründen wechselt, z. B. wenn er seine Tätigkeit einstellt. Wir können Ihnen dann einen neuen Vermittler anbieten, der Sie betreut.

Daten an den Versicherungsvermittler übermitteln wir grundsätzlich im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung oder auf gesetzlicher Grundlage.

Wenn es erforderlich ist, dem Vermittler gesundheitsbezogene Informationen mitzuteilen, holen wir Ihre gesonderte Einwilligung ein.

c) Datenübermittlung an andere Versicherer

Sie sind verpflichtet, Fragen im Versicherungsantrag vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. In bestimmten Fällen prüfen wir Ihre Angaben bei Ihrem Vorversicherer. Bei der Risikoprüfung kann es beispielsweise zum Überprüfen von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadenfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung, und zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten notwendig sein, Informationen mit einem **Vorversicherer** auszutauschen. Gleiches gilt, wenn wir Ihre Daten an einen **Nachversicherer** weitergeben.

Auch beim Übertragen von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel oder von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer kann ein Datenaustausch zwischen Vorversicherer und nachfolgendem Versicherer notwendig sein.

Außerdem müssen in bestimmten Fällen, z. B. Mehrfachversicherungen, gesetzlichem Forderungsübergang und bei Teilungsabkommen, personenbezogene Daten unter den Versicherern ausgetauscht werden. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Adresse, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag. Den Datenaustausch dokumentieren wir.

Beim gemeinsamen Absichern von Risiken können bei der Risikoprüfung und Schadenbearbeitung Daten mit den beteiligten Versicherern ausgetauscht werden.

Auch dann erfolgt die Datenübermittlung an andere Versicherer grundsätzlich im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung und in einigen Fällen auf Grundlage einer Einwilligung, die wir gesondert von Ihnen einholen.

d) Zentrales Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Während wir einen Antrag oder Schaden prüfen, kann es zur Risikobeurteilung, weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder Verhinderung von Versicherungsmissbrauch notwendig sein, Anfragen an andere Versicherer zu richten oder Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-his.de. Nicht alle Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe nehmen am HIS teil.

Ergänzende Informationen über die Anfrage beim HIS finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen: www.ruv.de/datenschutz

Eine Meldung in das HIS und seine Nutzung erfolgen nur zu Zwecken, die mit dem System verfolgt werden dürfen, also nur wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. In diesen Fällen erfolgt die Datenübermittlung auf Grundlage einer allgemeinen Interessenabwägung. Falls wir Sie beim HIS melden, informieren wir Sie schriftlich darüber.

Schaden

An das HIS melden wir und andere Versicherungsunternehmen erhöhte Risiken und Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher näher geprüft werden müssen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadensfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadensfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Deshalb melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden erlitten haben, gestohlen wurden oder wenn Schäden ohne Reparurnachweis abgerechnet wurden.

Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, informieren wir Sie darüber.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Vertrags oder Regulierung eines Schadens richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern zu erfragen, die Daten an das HIS gemeldet haben. Auch diese Ergebnisse speichern wir, wenn sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch sein, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadensfall geben müssen.

Rechtsschutz

An das HIS melden wir und Versicherungsunternehmen erhöhte Risiken, z. B. Verträge mit ungewöhnlich häufig gemeldeten Rechtsschutzfällen. Sollten wir Sie an das HIS melden, benachrichtigen wir Sie darüber. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Vertrags richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zum konkreten Meldegrund benötigen.

Soweit es zur Sachverhaltsaufklärung erforderlich ist, können im Leistungsfall Daten zwischen dem in das HIS meldenden und dem abrufenden Versicherungsunternehmen ausgetauscht werden. Der Datenaustausch wird dokumentiert. Die Betroffenen werden über den Austausch informiert, wenn er nicht zum Aufklären von Widersprüchlichkeiten erfolgt.

e) Kfz-Zulassungsstelle

Beim Abschluss einer Kfz-Versicherung sowie bei allen sonstigen versicherungsrelevanten Zulassungsvorgängen (z. B. Ab- oder Ummeldung, Wohnortwechsel, Versichererwechsel) ist es gesetzlich erforderlich, personenbezogene Daten mit der Kfz-Zulassungsstelle auszutauschen. Dies ist z. B. der Fall,

wenn Sie eine von uns erteilte elektronische Versicherungsbestätigung (eVB) bei der Kfz-Zulassungsstelle vorlegen, um ein Kfz zuzulassen.

f) Auftragnehmer und Dienstleister

Im Internet können Sie unter www.code-of-conduct.ruv.de Listen der Auftragnehmer und Dienstleister abrufen, zu denen dauerhafte Geschäftsbeziehungen bestehen.

Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne einen Ausdruck per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

Wenn wir an Dienstleister nicht lediglich streng weisungsgebundene "Hilfsfunktionen" auslagern, sondern Dienstleister weitergehende Tätigkeiten eigenständig erbringen, liegt datenschutzrechtlich eine sogenannte eigenverantwortliche Aufgabenerfüllung vor. Typische Beispiele sind Sachverständige, Wirtschaftsprüfer oder medizinische Dienstleister.

Wenn Sie geltend machen können, dass wegen Ihrer persönlichen Situation Ihr schutzwürdiges Interesse das Interesse des übermittelnden Versicherungsunternehmens überwiegt, haben Sie für die Datenübermittlung bei eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllungen ein **Widerspruchsrecht**.

Ein Beispiel: Bei einem zurückliegenden Versicherungsfall hat ein Gericht rechtskräftig festgestellt, dass ein bestimmter Sachverständiger Ihren Sachverhalt falsch begutachtet hat. In einem erneuten Schadensfall können Sie der Beauftragung desselben Sachverständigen widersprechen, da begründete Einwände gegen diesen bestehen. Dagegen reicht es nicht aus, wenn Sie ohne Angabe besonderer Gründe keine Datenübermittlung an Dienstleister generell oder einen bestimmten Dienstleister wünschen. Dienstleister, die in eigenverantwortlicher Aufgabenerfüllung tätig werden, finden Sie in der oben genannten Dienstleisterliste.

g) Zentralisierte Datenverarbeitung innerhalb der R+V Versicherungsgruppe

Innerhalb der R+V Versicherungsgruppe sind einzelne Bereiche zentralisiert, z. B. der Beitragseinzug, die telefonische Kundenbetreuung oder die Datenverarbeitung. Daher werden Stammdaten wie Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge oder Ihr Geburtsdatum in einer zentralen Datensammlung geführt; d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten.

So wird z. B. Ihre Adresse gegebenenfalls nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen. So kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen schnell der zuständige Ansprechpartner genannt werden.

Alle an die zentralisierte Datenverarbeitung angebotenen Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe können diese Stammdaten einsehen.

Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den vertragsführenden Unternehmen der Gruppe abfragbar.

Folgende Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe sind an die zentralisierte Datenverarbeitung angebunden:

R+V Versicherung AG
R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG
R+V Gruppenpensionsfonds-Service GmbH*
R+V Krankenversicherung AG
R+V Lebensversicherung AG
R+V Lebensversicherung a.G.
R+V Pensionsfonds AG
R+V Pensionskasse AG
R+V Pensionsversicherung a.G.
R+V Rechtsschutz-Schadenregulierungs-GmbH*
R+V Service Center GmbH*
R+V Treuhand GmbH*
RUV Agenturberatungs GmbH*
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a.G.
KRAVAG-HOLDING Aktiengesellschaft
KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-AG
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG
KRAVAG-SACH Versicherung des Deutschen Kraftverkehrs VaG
KRAVAG und SVG Assekuranz Vertriebs- und Bearbeitungszentrum GmbH*
KRAVAG Umweltschutz und Sicherheitstechnik GmbH (KUSS)*

Condor Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Dienstleistungs-GmbH*
R+V Dienstleistungs-GmbH*
Pension Consult Beratungsgesellschaft für Altersvorsorge mbH*
carexpert Kfz-Sachverständigen GmbH*
CHEMIE Pensionsfonds AG
compertis Beratungsgesellschaft für betriebliches Vorsorgemanagement mbH*
UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH*

* Dieses Unternehmen ist Dienstleister der Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe und kann daher auf personenbezogene Daten zugreifen.

Die jeweils aktuelle Liste der an der zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmenden Unternehmen können Sie unter www.code-of-conduct.ruv.de abrufen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne einen Ausdruck dieser Liste per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

h) Übergeordnete Finanzkonglomeratsunternehmen

Wir übermitteln personenbezogene Daten an die DZ BANK AG als übergeordnetes Finanzkonglomeratsunternehmen, wenn und soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Eine solche Verpflichtung kann sich aus den Regeln über eine ordnungsgemäße Geschäftsorganisation ergeben, zum Beispiel an ein angemessenes und wirksames Risikomanagement auf Konzernebene.

i) Leasing- und Kreditgeber

Wenn Sie im Rahmen von Leasing- oder Kreditverträgen Sachversicherungen mit der R+V abschließen, informieren wir den Leasing- bzw. Kreditgeber auf Anfrage darüber, dass ein entsprechender Versicherungsschutz besteht und er im Zusammenhang mit Kündigungen, Zahlungsverzug und Schadensfällen als Drittberechtigter erfasst ist.

Er erhält auch Informationen über Versicherungssummen und bestehende Selbstbeteiligungen, damit er sein finanzielles Ausfallrisiko beurteilen kann.

j) Behörden, Zentralbanken und andere Stellen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben

An Behörden, Zentralbanken und andere Stellen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten, wenn wir gesetzlich oder vertraglich dazu berechtigt oder verpflichtet sind. Eine solche Datenübermittlung kann auf Anfrage einer Behörde erfolgen. Wir prüfen dann, ob die Behörde die Daten erhalten darf.

In einigen Fällen sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, in allen anderen Fällen holen wir von Ihnen eine Einwilligung ein.

Eine gesetzliche Verpflichtung besteht z. B.

- wegen steuerrechtlicher Vorschriften oder Verpflichtungen aus dem Kreditwesengesetz bei Meldungen an die Deutsche Bundesbank oder
- bei einer gesetzlich erforderlichen Berufshaftpflichtversicherung an die rechtlich festgeschriebenen Meldestellen.

k) Mitversicherte

In Verträgen, bei denen es neben dem Versicherungsnehmer noch andere mitversicherte Personen gibt, kann es zur Vertragsdurchführung erforderlich sein, dass Daten der jeweils anderen Person übermittelt werden. Sofern Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

In allen anderen Fällen holen wir eine Einwilligung von Ihnen ein.

7. Datenübermittlung in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR

Wenn wir personenbezogene Daten innerhalb der EU/EWR übermitteln, beachten wir die strengen rechtlichen Vorgaben.

Wenn es erforderlich ist, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten an Dienstleister in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR, z. B. im Rahmen von IT-Leistungen oder an Sachverständige. Auswahl und vertragliche Vereinbarungen richten sich selbstverständlich nach den gesetzlichen Regelungen.

Bei bestimmten Vertragstypen kann es vorkommen, dass wir Ihre Daten an Rückversicherer in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR übermitteln.

Insbesondere in den Fällen, bei denen das versicherte Risiko oder der Versicherungsnehmer sich in einem Drittstaat befindet, kann es erforderlich sein, Daten in den Drittstaat zu übermitteln (z. B. Vermittler, andere Versicherer).

Darüber hinaus bestehen in bestimmten Fällen gesetzliche Meldeverpflichtungen, wegen deren wir Ihre Daten an Behörden und ähnliche Stellen in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR übermitteln müssen.

Auch bei Rechtsstreitigkeiten mit Auslandsbezug kann eine solche Übermittlung notwendig sein, z. B. an Rechtsanwälte.

Wenn im Einzelfall Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

8. Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wenn es erforderlich ist, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung. Das kann auch die Anbahnung oder die Abwicklung eines Vertrags sein.

Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO), dem Geldwäschegesetz (GWG) oder der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung (RechVersV). Dort vorgegebene Fristen zur Aufbewahrung und Dokumentation betragen zwei bis 30 Jahre.

Die Speicherdauer richtet sich nach den gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) bis zu 30 Jahre betragen können; die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Weitere Informationen zu unseren Löschrufen finden Sie im Internet:

<https://www.ruv.de/datenschutz/loeschfristen>

Die Liste schicken wir Ihnen gerne auch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

9. Welche Rechte haben Sie?

Ihre gesetzlichen Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit können Sie bei unserem Datenschutzbeauftragten geltend machen.

Beruhet die Datenverarbeitung auf einer allgemeinen Interessenabwägung, steht Ihnen ein Widerspruchsrecht gegen diese Datenverarbeitung zu, wenn aus Ihrer persönlichen Situation Gründe heraus gegen eine Datenverarbeitung sprechen.

10. Informationspflicht, wenn wir Daten Dritter von Ihnen erhalten

Erhalten wir von Ihnen personenbezogene Daten von Dritten, müssen Sie das Merkblatt zur Datenverarbeitung an diese weitergeben. Das sind z. B. Mitversicherte, versicherte Personen, Bezugsberechtigte, Geschädigte, Zeugen, abweichende Beitragszahler, Kredit-, Leasinggeber etc.

11. Wann informieren wir uns über Ihre Bonität?

Wenn Sie einen Antrag auf Abschluss einer Kfz-Haftpflichtversicherung stellen, übermitteln wir Ihre erforderlichen Daten wie Name, Vorname, Firmenbezeichnung, Adresse, Geburtsdatum an die infocore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Ihrer Bonität zu erhalten. Dies geschieht auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren und von Adressdaten.

Aufgrund des berechtigten Interesses holen wir eine Bonitätsauskunft bei Abschluss einer Kfz-Haftpflichtversicherung im Hinblick auf das bei dieser Pflichtversicherung bestehende finanzielle Ausfallrisiko (Direktanspruch des Geschädigten). Die Pflichtversicherung sowie die Eintrittspflicht ergeben sich aus dem 1. Abschnitt Pflichtversicherungsgesetz für Kraftfahrzeughalter (PflVG) und aus Teil 2, Kapitel 1, Abschnitt 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Im Falle einer **Kfz-Haftpflichtversicherung** bei der R+V Direktversicherung AG erfassen wir die von unserem Dienstleister infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermittelten Score-Werte. Diese speichern wir bei Abschluss eines Vertrags zur Versicherungsnummer des jeweiligen Versicherungsnehmers. Das dient der Qualitätssicherung des angewendeten Scoring-Verfahrens. Den Score-Wert gleichen wir über einen Zeitraum von sechs Jahren mit Schaden-, Storno- und Mahnquoten ab.

Die R+V übermittelt im Rahmen des Antrags auf Abschluss einer **Haftpflicht-, Hausrat-, Wohngebäude- und Rechtsschutzversicherung** Ihre dazu erforderlichen Daten wie Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum eventuell an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und zu Ihrer Bonität zu gewinnen. Das erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren und von Adressdaten.

Bei Anträgen oder Angeboten zum Abschluss einer **Kautionsversicherung**, einer **Kreditversicherung** oder einer **Versicherung gegen finanzielle Verluste**, wie z. B. einer Vertrauensschadenversicherung, und während der Laufzeit eines dieser Verträge übermittelt die R+V Ihre personenbezogenen Daten (Firma, Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) an beauftragte Auskunftsteile. Dies geschieht, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und zu Ihrer Bonität zu gewinnen. Das erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter von Adressdaten. Das berechnete Interesse an einer Wirtschaftsauskunft besteht in diesen Fällen bei Abschluss und während der Durchführung dieser Verträge wegen des bestehenden finanziellen Ausfallrisikos der R+V Allgemeine Versicherung AG.

Unsere Partner sind:

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden
informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden
SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden
Creditreform Wiesbaden Hoffmann KG, Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden
Bürgel Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Gasstraße 18, 22761 Hamburg
Prof. Schumann Analyse GmbH, Weender Landstraße 23, 37073 Göttingen
Deutsche Bank AG, Zentrale Auskunft, 20079 Hamburg
Bisnode Deutschland GmbH, Robert-Bosch-Straße 11, 64293 Darmstadt
KSV1870 Information GmbH, Wagenseilgasse 7, 1120 Wien, Österreich

Auch im Bereich der **Technischen Versicherungen** holen wir bei Großrisiken Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Nutzung von Adressdaten über die Creditreform Wiesbaden Hoffmann KG, Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden ein.

Falls Sie Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten wünschen, die eine Auskunftsteil gespeichert hat, wenden Sie sich bitte direkt an die beauftragte Auskunftsteil.

12. Welche Rechte haben Sie bei einer automatisierten Einzelfallentscheidung?

Als Versicherer sind wir befugt, in bestimmten Fallgruppen (z. B. bei einer Entscheidung zum Abschluss oder der Erfüllung eines Vertrags oder bei einer Entscheidung auf Grundlage verbindlicher Entgeltregelungen für Heilbehandlungen wie der GOÄ) Ihre personenbezogenen Daten (auch Ihre Gesundheitsdaten) einer sogenannten "automatisierten Einzelfallentscheidung" zugrunde zu legen. Dies bedeutet, dass wir in bestimmten Fällen Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen eines Algorithmus berücksichtigen, der auf einem anerkannten mathematisch-statistischen Verfahren beruht.

Falls wir Ihrem Antrag auf Versicherungsleistung oder von **Schadenersatz** vollumfänglich oder teilweise nicht nachkommen sollten, haben Sie folgende Rechte:

- Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person durch uns als Verantwortlichen,
- Darlegung des eigenen Standpunkts und
- Recht auf Anfechtung der Entscheidung.

Über diese Rechte informieren wir Sie ausdrücklich, wenn wir Ihren Antrag ganz oder teilweise ablehnen müssen und keine Versicherungsleistung oder Schadenersatz gewähren können.

In bestimmten Fällen berücksichtigen wir darüber hinaus Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen eines mathematisch-statistischen Verfahrens (Profiling).

13. Beschwerderecht

Sie haben ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde, siehe Artikel 77 Datenschutzverordnung.