

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten- Vollversicherung Hi.Germany (AVB/KKb)



English version:
www.hallesche.de/pm246u-e-1021.pdf

Fassung Januar 2022

Inhalt

§ 1	Welchen Schutz bietet diese Versicherung? .2	§ 11	Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?..... 10
§ 2	Wann beginnt der Versicherungsschutz? 2	§ 12	Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?..... 10
§ 3	Was leisten wir im Ausland?..... 3	§ 13	Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?..... 11
§ 4	Was leisten wir im Versicherungsfall? 4	§ 14	Wann und wie können wir Ihren Vertrag kündigen?..... 11
§ 5	Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt? .5	§ 15	Wann und wie können Sie Ihren Vertrag auf Anwartschaft stellen? 12
§ 6	Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall? 7	§ 16	Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?..... 12
§ 7	Welche Pflichten müssen Sie beachten? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen? 7	§ 17	Was müssen Sie tun, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert? 12
§ 8	Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?..... 8		Fachbegriffe 12
§ 9	Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen? 9		Anhang - Gesetzestexte 16
§ 10	Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern? 9		

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab?

Wir sind die Hallesche Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Stuttgart. Sie sind unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte.

Um die Allgemeinen Versicherungsbedingungen leicht lesbar zu machen, verwenden wir in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

(2) Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Tarif genannten Ereignisse. Im ➤Versicherungsfall ersetzen wir die Kosten für die ➤Heilbehandlung und/oder andere vereinbarte Leistungen. Was wir genau leisten, lesen Sie bitte in Ihrem Tarif.

Mit diesem Versicherungsschutz erfüllen Sie die ➤Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Lesen Sie dazu § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) im Anhang.

(3) Wie lange läuft der Versicherungsvertrag maximal?

Der Vertrag hat keine Mindestvertragsdauer. Er endet spätestens 60 Monate nach dem ➤Versicherungsbeginn.

Wenn der Versicherte unmittelbar vor Beginn der Versicherung in einem anderen Tarif für Personen mit einem ➤befristeten Aufenthaltstitel versichert war, verkürzt sich die Vertragslaufzeit entsprechend.

(4) Was ist ein ➤Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige ➤Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder Folgen eines ➤Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Versicherungsfall ist auch

- die Behandlung einer Versicherten wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt.

Dazu zählt auch der Abbruch einer Schwangerschaft, wenn er nicht rechtswidrig ist.

- eine Vorsorgeuntersuchung, um Krankheiten frühzeitig zu erkennen. In Tarifen mit Leistungen für stationäre Heilbehandlung gelten stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen jedoch nur dann als Versicherungsfall, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die stationäre Versorgung in einem Hospiz.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Je nach Tarif kann es sonstige Versicherungsfälle geben, in denen Versicherungsschutz besteht. Dies regeln wir ausdrücklich im Tarif.

(5) Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- Ihr ➤Versicherungsschein,
- Ihr Tarif,
- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung,
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland und
- die schriftlichen Vereinbarungen, die wir mit Ihnen treffen.

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag ist geschlossen, wenn Ihnen der ➤Versicherungsschein oder eine schriftliche Erklärung über die Annahme Ihres Antrags zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn). Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht, bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben.

Ist ein ➤Versicherungsfall eingetreten, bevor der Versicherungsschutz beginnt, leisten wir für die Zeit ab Beginn des Versicherungsschutzes, wenn

- der Versicherungsfall eingetreten ist, nachdem der Vertrag geschlossen wurde oder

- uns dieser Versicherungsfall vor Vertragschluss angezeigt wurde und wir mit Ihnen nichts anderes vereinbart haben.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern, gilt dies für die Mehrleistung entsprechend.

(2) Wann beginnt der Versicherungsschutz bei Neugeborenen?

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne ➤Risikozuschlag ab Geburt. Dies gilt nur, wenn Sie das Kind spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend angemeldet haben und

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens 3 Monate bei uns versichert ist oder
- die werdende Mutter noch keine 20 Wochen schwanger war, als sie oder der werdende Vater den eigenen Versicherungsschutz beantragt hat.

In diesem Fall gilt:

- Beiträge für das Kind müssen Sie erst ab dem Monat zahlen, der auf die Geburt folgt.
- Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Sie können jedoch für das Kind einen geringeren jährlichen Eigenanteil wählen.
- Der Versicherungsschutz gilt auch für Krankheiten und Anomalien, die vor oder während der Geburt entstanden sind.
- Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des gesunden Neugeborenen im Krankenhaus sind mitversichert.

Der Geburt stellen wir die ➤Adoption gleich, wenn ein bei uns Versicherter ein Kind adoptiert, das noch minderjährig ist. Hier können wir einen Zuschlag für ein erhöhtes Risiko verlangen. Der Zuschlag ist maximal so hoch wie der Beitrag für das Kind.

§ 3 Was leisten wir im ➤Ausland?

(1) Was leisten wir für die Behandlung in anderen Staaten der ➤EU, in Staaten des ➤EWR und in der Schweiz?

Wir leisten für Behandlungen mit folgender Begrenzung:

Wir leisten in diesen Staaten höchstens das, was wir bei dieser Behandlung in Deutschland hätten leisten müssen.

Haben wir die Leistung

- vorab in ➤Textform zugesagt oder
- muss der Versicherte im Ausland aufgrund eines ➤Notfalles stationär behandelt werden, verzichten wir auf diese Begrenzung.

Wenn der Versicherte aufgrund eines Notfalls stationär behandelt werden muss, müssen Sie ➤unverzüglich unseren Auslandsnotruf einschalten.

Unseren Auslandsnotruf erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: **+49 (0) 7 11/66 03-39 30.**

(2) Was leisten wir in den restlichen Staaten?

Wir leisten für Behandlungen mit folgenden Begrenzungen:

- Der Versicherte hat Versicherungsschutz für Aufenthalte bis zu 4 Wochen. Dauert ein Aufenthalt länger, besteht Schutz nur für die ersten 4 Wochen.
- Reist der Versicherte in sein ➤Heimatland, hat er bis zu 12 Wochen Versicherungsschutz. Dauert ein Aufenthalt länger, besteht Schutz nur für die ersten 12 Wochen.
- Der Versicherungsschutz verlängert sich über die hier genannten Fristen hinaus, wenn der Versicherte ➤nicht transportfähig ist. Der Versicherte hat dann Versicherungsschutz, bis er wieder ohne Gefährdung seiner Gesundheit nach Deutschland transportiert werden kann. Die genauen Regelungen für einen Rücktransport nach Deutschland finden Sie in Ihrem Tarif (Hi.Medical L/S).
- Wir leisten höchstens das, was wir bei dieser Behandlung in Deutschland hätten leisten müssen.
- Haben wir die Leistung
 - vorab in ➤Textform zugesagt oder
 - muss der Versicherte im Ausland aufgrund eines ➤Notfalles stationär behandelt werden, verzichten wir auf diese Begrenzung.

Wenn der Versicherte aufgrund eines Notfalls stationär behandelt werden muss, müssen Sie ➤unverzüglich unseren Auslandsnotruf einschalten.

Unseren Auslandsnotruf erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: **+49 (0) 7 11/66 03-39 30.**

(3) Was passiert, wenn sich der Versicherte länger als 6 Monate im ➤Ausland aufhält?

Der Versicherte gibt nach diesen Bedingungen seinen ➤gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland auf, wenn er sich innerhalb eines Jahres länger als insgesamt 6 Monate im Ausland aufhält.

Wir berechnen dabei die Dauer des Aufenthaltes im Ausland, indem wir alle Aufenthalte innerhalb von 12 Monaten zusammenzählen. Unterbricht der Versicherte den Auslandsaufenthalt um weniger als 30 Tage, zählt diese Zeit zum Aufenthalt.

Werden 6 anrechenbare Monate überschritten, endet das betroffene Versicherungsverhältnis. Lesen Sie dazu bitte auch § 12 Abs. 1.

Dies gilt nicht für Aufenthalte in anderen Staaten der ➤EU, Staaten des ➤EWR oder der Schweiz. Hier beenden wir den Vertrag nicht.

§ 4 Was leisten wir im ➤Versicherungsfall?

(1) Welche Leistung ist versichert?

Was wir leisten, lesen Sie in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in Ihrem Tarif.

(2) Unter welchen Ärzten und Behandelnden kann der Versicherte wählen?

Sind die Leistungen im Tarif versichert, kann der Versicherte unter folgenden Personen frei wählen:

- niedergelassene, approbierte Ärzte bzw. Zahnärzte,
- Ärzte im Krankenhaus und in Notfallambulanzen,
- Not- bzw. Rettungsärzte,
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes,
- Hebammen und Entbindungspfleger,
- approbierte Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Wir leisten in diesem Fall für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie.

Heilmittel (wie z.B. Massagen) und Naturheilverfahren sind zu erbringen von:

- niedergelassenen, approbierten Ärzten oder
- Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder
- staatlich geprüften Angehörigen von Heil- und Hilfsberufen. Das sind z.B. Masseur, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeu-

ten, Logopäden, Podologen, Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler.

Zusätzlich kann sich der Versicherte ambulant behandeln lassen in

- der Ambulanz eines Krankenhauses oder
- einem medizinischen Versorgungszentrum oder
- einem sozialpädiatrischen Zentrum.

(3) Unter welchen Krankenhäusern kann der Versicherte wählen?

Wenn der Versicherte aus medizinisch notwendigen Gründen stationär behandelt werden muss, kann er das Krankenhaus frei wählen. Das Krankenhaus muss allerdings folgende Bedingungen erfüllen: Es muss

- ständig ärztlich geleitet sein,
- über ausreichende Möglichkeiten verfügen, um Krankheiten festzustellen und zu behandeln und
- den Verlauf der Krankheit schriftlich festhalten.

Führt ein solches Krankenhaus auch ➤Kuren, ➤Sanatoriumsbehandlungen oder ➤Rehabilitationsmaßnahmen durch, leisten wir nur, wenn wir Ihnen dies vorher schriftlich zugesagt haben. Dies gilt nicht, wenn

- der Versicherte wegen eines ➤Notfalls eingewiesen wird.
- das Versorgungskrankenhaus das einzige in der Umgebung ist und der Versicherte dort medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchführen lässt, die nur stationär durchgeführt werden können.
- während eines Aufenthaltes in einem solchen Krankenhaus ein ➤Unfall oder eine akute Krankheit eintritt und der Versicherte dort deshalb aus medizinisch notwendigen Gründen stationär behandelt werden muss.
- der Versicherte im Rahmen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung dort operiert werden muss.
- es sich um eine ➤Anschlussheilbehandlung nach § 5 Abs. 7 handelt.

(4) Was müssen Sie bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln beachten?

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen die in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnen.

Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Digitale Gesundheitsanwendungen müssen ein Medizinprodukt niedriger Risikoklasse (I oder IIa oder vergleichbar) sein, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die in § 4 Abs. 2 genannten Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

(5) Für welche Methoden und Arzneimittel leisten wir, wenn der Versicherte untersucht und behandelt werden muss?

Wir leisten für Methoden, die von der >Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Dies gilt auch für Arzneimittel.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel,

- die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Wir können unsere Leistungen dann aber auf den Betrag herabsetzen, der angefallen wäre, wenn man vorhandene Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin angewendet hätte.
- die man anwendet, weil keine Methoden oder Arzneimittel der Schulmedizin verfügbar sind.

(6) Wie können Sie vorab erfahren, was wir leisten?

Wir sagen Ihnen vorab, ob und welche Kosten wir übernehmen, wenn

- der Versicherte beabsichtigt, sich behandeln zu lassen und
- dies vermutlich mehr als 2.000 € kostet und
- Sie dies in >Textform von uns erfragen.

Bitte beachten Sie: Wir können unsere Auskunft nur erteilen, soweit dies die von Ihnen vorgelegten Unterlagen zulassen.

Die Auskunft geben wir Ihnen

- spätestens nach 4 Wochen bzw.
- falls der Versicherte dringend behandelt werden muss, unverzüglich, spätestens aber nach 2 Wochen.

Die Frist beginnt, sobald Ihre Anfrage bei uns eingeht. Haben wir diese Frist versäumt, leisten wir für die Behandlung tariflich, es sei denn, wir können nachweisen, dass diese nicht medizinisch notwendig ist.

§ 5 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) Wann leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht:

- für Krankheiten und >Unfälle, die der Versicherte >vorsätzlich herbeigeführt hat sowie deren Folgen.
- für eine durch >Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- für Behandlungen durch Ehegatten, >Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden wir gemäß Ihrem Tarif erstatten.
- für Rechnungen von Personen oder von Krankenanstalten, die wir aus wichtigen Gründen von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn wir Sie vor dem >Versicherungsfall darüber informiert haben. Ansonsten leisten wir noch für 3 Monate ab dem Zeitpunkt, an dem wir Sie benachrichtigt haben.

(2) Leisten wir für >Entwöhnungsbehandlungen?

Für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen leisten wir nicht, es sei denn, wir sehen diese Leistung im Tarif ausdrücklich vor.

(3) Leisten wir bei Krieg, Unruhen und Terror?

Wir leisten nicht, wenn der Versicherte aufgrund von Kriegsereignissen in Deutschland verletzt wird.

Wir leisten auch nicht, wenn der Versicherte außerhalb Deutschlands verletzt wird, weil er sich an Unruhen aktiv beteiligt.

Wir leisten auch nicht, wenn der Versicherte außerhalb Deutschlands aufgrund von Kriegsereignissen oder terroristischen Anschlägen verletzt wird. Wir leisten aber, wenn

- das deutsche Auswärtige Amt nicht vor Reisen in das Reisegebiet warnt oder
- eine Warnung für das Reisegebiet erst ausspricht, wenn der Versicherte schon dort ist und er das Gebiet >unverzüglich verlässt oder
- schuldlos daran gehindert wird, das Gebiet zu verlassen. Das könnte z.B. eintreten, wenn dem

Versicherten Lebensgefahr dadurch droht, dass er das Gebiet verlässt.

(4) Leisten wir bei Pandemien?

Wir leisten, wenn der Versicherte aufgrund einer Pandemie in Deutschland behandelt wird.

Wir leisten nicht, wenn der Versicherte außerhalb Deutschlands aufgrund einer Pandemie behandelt wird. Wir leisten aber, wenn

- das deutsche Auswärtige Amt nicht vor Reisen in das Reisegebiet warnt oder
- eine Warnung für das Reisegebiet erst ausspricht, wenn der Versicherte schon dort ist und er aufgrund von Reisebeschränkungen das Gebiet nicht verlassen kann.

(5) Leisten wir für >Kur- oder >Sanatoriumsbehandlungen?

Für Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen leisten wir nur, wenn dies ausdrücklich im Tarif steht.

(6) Leisten wir für >Rehabilitationsmaßnahmen?

Für Rehabilitationsmaßnahmen leisten wir nicht. Handelt es sich um eine >Anschlussheilbehandlung, leisten wir entsprechend § 5 Abs. 7.

(7) Leisten wir für >Anschlussheilbehandlungen?

Für eine medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung leisten wir, wenn wir diese Behandlung vorher schriftlich zugesagt haben.

Der Versicherte benötigt jedoch keine schriftliche Zusage von uns für die ersten 3 Wochen einer Anschlussheilbehandlung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Behandlung beginnt innerhalb von 28 Tagen nach dem Aufenthalt im Krankenhaus und
- die Behandlung wird in einer Einrichtung durchgeführt, die ein gesetzlicher Rehabilitationsträger für diese Maßnahme anerkannt hat.

Wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen die Anschlussheilbehandlung nicht innerhalb von 28 Tagen beginnen kann, benötigt er unsere Zusage. Wir erteilen diese Zusage, soweit diese später einsetzende Anschlussheilbehandlung medizinisch notwendig ist. Dies kann beispielsweise nach einer

Strahlentherapie zur Tumorbehandlung der Fall sein oder wenn eine geeignete Einrichtung nicht rechtzeitig verfügbar ist.

Sie können auch eine Verlängerung der Anschlussheilbehandlung bei uns beantragen. Wir genehmigen diese soweit sie medizinisch notwendig ist.

Kann der Versicherte nach einer akuten stationären Behandlung eine Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers beanspruchen, muss er diese gesetzlichen Leistungen zuerst in Anspruch nehmen. Die Leistungen des gesetzlichen Rehabilitationsträgers ziehen wir dann von unserer Erstattung ab.

Es gibt Fälle, in denen der Versicherte eine gesetzliche Rehabilitationsmaßnahme erhalten könnte, diesen Anspruch aber schuldhaft nicht verfolgt. In diesem Fall ziehen wir die Leistung, die der gesetzliche Träger bei Inanspruchnahme erbracht hätte, von unserer Erstattung ab.

(8) In welchen Fällen können wir die Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine >Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Stehen die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, müssen wir insoweit nicht leisten.

(9) Was geschieht, wenn mehrere Kostenträger beteiligt sind?

Hat der Versicherte Anspruch auf Leistungen eines anderen Kostenträgers, muss er diese zuerst in vollem Umfang in Anspruch nehmen. Diese Leistungen ziehen wir von unserer Erstattung ab.

Wenn der Versicherte wegen desselben >Versicherungsfalls Anspruch gegen mehrere Kostenträger hat, erhalten Sie als Leistung insgesamt nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im ➤Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

Solange Sie die von uns geforderten Nachweise nicht erbringen, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum.

Rechnungen brauchen wir im Original. Besteht eine weitere Versicherung, reichen auch Kopien der Rechnungen aus. Auf diesen müssen die Leistungen des anderen Versicherers bestätigt sein.

Die Rechnungen müssen folgende Informationen enthalten:

- den Vor- und Zunamen der behandelten Person,
- die Bezeichnung der Krankheiten (Diagnosen),
- die Daten der Behandlung sowie
- die Angabe der einzelnen Leistungen des Behandelnden oder die Ziffern der ➤Gebührenordnungen.

Bei Rechnungen von Krankenhäusern müssen wir zusätzlich erkennen können,

- welche Wahlleistungen der Versicherte in Anspruch genommen hat, die das Krankenhaus gesondert berechnen darf, bzw.
- welche Pflegeklasse er aufgesucht hat.

Welche weiteren Voraussetzungen vorliegen müssen, damit wir Ihnen die Leistung ausbezahlen können, lesen Sie in § 14 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

Wenn die Kosten in einer fremden Währung entstanden sind, rechnen wir diese in Euro um. Wir nehmen hierbei den aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank bzw. der Devisenkurs der Deutschen Bundesbank. Weist der Versicherte mittels Bankbeleg nach, dass er die Devisen teurer erworben hat, gilt dieser Kurs.

(2) An wen leisten wir?

Wir leisten an Sie als Versicherungsnehmer. Möchten Sie, dass wir an den Versicherten leisten, teilen Sie uns dies bitte in ➤Textform mit.

Sie können Ansprüche auf Leistungen weder abtreten noch verpfänden. Das gilt nicht, wenn Sie Ihren Vertrag ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossen ha-

ben. Gesetzliche Abtretungsverbote gelten trotzdem.

(3) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wir können folgende Kosten abziehen:

- Kosten für die Überweisung in das Ausland, wenn Sie uns kein Inlandskonto benennen,
- Kosten für Übersetzungen.

§ 7 Welche Pflichten müssen Sie beachten? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten müssen Sie beachten?

Wir können Folgendes verlangen:

- Sie und der nach § 6 Abs. 2 empfangsberechtigte Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
 - ob ein ➤Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Der Versicherte muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.
- Der Versicherte
 - hat, soweit es möglich ist, den Schaden zu mindern und
 - darf nichts tun, was die Genesung behindert.
- Wird für einen Versicherten eine weitere Versicherung mit ➤gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen, müssen Sie uns darüber ➤unverzüglich informieren.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn eine dieser Pflichten verletzt wird, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 2 bis 4 VVG. Diese Bestimmungen finden Sie im Anhang.

Wenn Sie eine weitere Versicherung mit ➤gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen haben, können wir auch kündigen, wenn

- Sie uns nicht ➤unverzüglich informiert haben und
- es sich um einen Tarif handelt, mit dem Sie nicht Ihre ➤Pflicht zur Versicherung erfüllen.

Hierbei beachten wir § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang).

Kündigen können wir innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Pflichtverletzung erfahren haben, ohne eine Frist einzuhalten.

Die Kenntnis oder das Verschulden des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

(3) Welche weiteren Pflichten müssen Sie beachten?

Sie müssen uns ➤ unverzüglich informieren, wenn der Versicherte keinen befristeten Aufenthaltstitel in Deutschland mehr hat oder sonstige Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfallen. Lesen Sie dazu bitte in Ihrem Tarif die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach.

Wenn der ➤ gewöhnliche Aufenthalt des Versicherten weiterhin in Deutschland ist, können Sie für den Versicherten die Option zur Weiterversicherung in unserer unbefristeten Krankheitskosten-Vollversicherung wahrnehmen. Lesen Sie dazu bitte § 12 Abs. 3.

(4) Was ist zu beachten, wenn Sie Ansprüche gegenüber Dritten haben?

Haben Sie oder ein Versicherter Ansprüche auf Ersatz gegen Dritte, müssen Sie oder der Versicherte diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Das können z.B. sein:

- Schadensersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder
- Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Wird diese Obliegenheit verletzt, wenden wir die Rechtsfolgen des § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) entsprechend an. Diese Regelung ist unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang gemäß § 86 VVG (siehe Anhang).

§ 8 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Wie berechnen wir die Beiträge?

Wir haben diese Versicherung nach ➤ Art der Lebensversicherung kalkuliert. Wie wir die Beiträge berechnen, ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Berechnung entspricht den gesetzlichen Vorschriften in Deutschland.

Bei Kindern und Jugendlichen gilt Folgendes:

- Für ein Kind bezahlen Sie den Beitrag für die Altersgruppe 0-16 Jahre bis zum Ende des Jahres, in dem es 16 Jahre alt wird.
- Zum Beginn des nächsten Jahres stellen wir das Kind dann in die Altersgruppe 17-20 Jahre um. Diesen Beitrag bezahlen Sie bis zum Ende des Jahres, in dem es 20 Jahre alt wird.
- Zum Beginn des nächsten Jahres bezahlen Sie für das Kind dann den Erwachsenen-Beitrag für das Alter 21.

Ändern sich die Beiträge, z.B. auch weil Sie den Versicherungsschutz ändern, berücksichtigen wir das Alter des Versicherten zu dem Zeitpunkt, an dem die Änderung in Kraft tritt.

Wenn sich die Beiträge ändern, können wir auch mit Ihnen vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und dann ein höheres Risiko besteht, steht uns ein angemessener Zuschlag zu. Diesen erheben wir zusätzlich zum Beitrag nur für den hinzukommenden Versicherungsschutz.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, den Sie zu Beginn eines jeden ➤ Versicherungsjahres bezahlen müssen. Sie können ihn aber auch in gleichen monatlichen Raten bezahlen. Wir stunden Ihnen in diesem Fall die Beitragsraten jeweils bis zu ihrer Fälligkeit am Ersten eines jeden Monats. Sie müssen auf das Konto einzahlen, das wir Ihnen nennen.

Ändert sich der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres,

- müssen Sie die Differenz von dem Zeitpunkt der Änderung bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw.
- wir zahlen Ihnen diese Differenz zurück, wenn wir den Beitrag senken.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate werden an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

(3) Was passiert, wenn Sie die Beiträge nicht oder nicht rechtzeitig bezahlen?

Es gibt je nach Tarif unterschiedliche Regelungen für diesen Fall. Dies hängt davon ab, ob der Tarif die

➤ Pflicht zur Versicherung in Deutschland erfüllt oder nicht. Lesen Sie dazu bitte im Anhang § 193 Abs. 3 VVG.

- a) Für Tarife, die die Pflicht zur Versicherung in Deutschland nicht erfüllen (Tarif Hi.Dental L/S), gilt Folgendes:
Zahlen Sie den ersten oder einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig,
- können Sie den Versicherungsschutz verlieren und
 - wir können den Vertrag beenden.
- Hierbei beachten wir §§ 37 und 38 VVG. Diese finden Sie im Anhang.
- b) Bei Tarifen, die die Pflicht zur Versicherung in Deutschland erfüllen (Tarif Hi.Medical L/S), können Beitragsrückstände zum Ruhen des Versicherungsschutzes führen (siehe Anhang § 193 Abs. 6 und 7 VVG). In diesem Fall gilt die versicherte Person als im ➤ Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Wird der Vertrag oder ein Vertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand. Beenden wir den Vertrag, indem wir

- nach § 19 Abs. 2 VVG wegen ➤ Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten (lesen Sie bitte im Anhang) oder
- ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten, steht uns der Beitrag zu, bis der Rücktritt oder die Anfechtung wirksam wird.

Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig bezahlt haben, verlangen wir eine angemessene Gebühr.

§ 9 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen,

- soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder
- rechtskräftig festgestellt ist.

Gegen eine Forderung aus der Pflicht, Beiträge zu bezahlen, können Sie als Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

§ 10 Wann können wir die Beiträge und die Bedingungen ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge ändern?

Im Rahmen der vertraglichen Zusage können sich unsere Leistungsausgaben ändern, z.B. dadurch, dass

- die Kosten für ➤ Heilbehandlungen steigen oder
- Versicherte medizinische Leistungen häufiger in Anspruch nehmen.

Deshalb vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den Leistungen, die wir gemäß unseren technischen Berechnungsgrundlagen kalkuliert haben.

Weichen die erforderlichen Leistungen einer ➤ Beobachtungseinheit um mehr als 5% von den kalkulierten ab,

- überprüfen wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und
- passen sie – soweit erforderlich – an, nachdem der unabhängige ➤ Treuhänder dies überprüft und zugestimmt hat.

Unter den oben genannten Voraussetzungen können wir zusätzlich auch einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt und/oder einen ➤ Risikozuschlag entsprechend anpassen.

Ändern wir die Beiträge, können wir auch den Zuschlag anpassen, der für die Begrenzung des Beitrags im ➤ Basistarif erforderlich ist.

Wir werden die Beiträge nicht anpassen, wenn die Veränderungen in der Leistung nur als vorübergehend anzusehen sind. Dies wird von uns und unserem Treuhänder beurteilt.

Die Anpassungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

(2) Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Bedingungen und die Tarifbestimmungen diesen neuen Verhältnissen anpassen. Dies setzt voraus, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,

- ein unabhängiger Treuhänder überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und
- dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen die Änderungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurde.

Dies setzt voraus, dass

- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder
- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mitberücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

§ 11 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?

(1) Wann können Sie in den Basistarif wechseln?

Sie können für einen Versicherten in Ihrem Vertrag einen Wechsel in den Basistarif verlangen. Die vom Versicherten erworbenen Rechte werden dabei angerechnet.

(2) Welche Möglichkeiten haben Sie, innerhalb unserer befristeten Krankenversicherung den Versicherungsschutz zu wechseln?

Sie können innerhalb unseres zeitlich befristeten Tarifwerks Hi.Germany Ihren Versicherungsschutz wechseln. Dies setzt voraus, dass der Versicherte in dem neuen Tarif versichert werden kann.

Hierbei rechnen wir die erworbenen Rechte und die Laufzeit des bisherigen Vertrages an.

Ist der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender, können wir für diese Mehrleistung eine Risikoprüfung verlangen. Stellen wir ein erhöhtes Risiko fest, werden wir insoweit

- einen Risikozuschlag verlangen oder
- einen Ausschluss der Leistungen vereinbaren.

Wenn Sie den Tarif wechseln, dann müssen Sie den Beitrag für den neuen Tarif bezahlen. Haben wir mit Ihnen schon zuvor einen Ausschluss von Leistungen oder Risikozuschlägen vereinbart, werden

- dieser Ausschluss übernommen und
- die Zuschläge an den neuen Beitrag angepasst.

Eine Änderung des Versicherungsschutzes ist nicht möglich, solange Ihr Versicherungsschutz auf Anwartschaft gestellt ist oder ruht.

(3) Welche Möglichkeiten haben Sie, in unsere unbefristete Krankenversicherung zu wechseln?

Der Wechsel in eine unbefristete Krankenversicherung mit gleichartigem Versicherungsschutz ist nicht möglich.

Der Versicherte hat jedoch eine Option auf Weiterversicherung, wenn der Tarif Hi.Medical L/S endet. Dieses ist in § 12 Abs. 3 geregelt.

§ 12 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Wann endet der Vertrag?

Der Vertrag endet, soweit

- Sie den Vertrag kündigen. Weitere Informationen lesen Sie dazu in § 13.
- wir den Vertrag kündigen. Lesen Sie bitte hierzu § 14.
- die maximale Versicherungsdauer von 60 Monaten erreicht ist. Lesen Sie dazu auch § 1 Abs. 3.
- ein Versicherter in diesem Tarif nicht mehr versicherungsfähig ist. Wann dies der Fall ist, lesen Sie bitte im jeweiligen Tarif.
- Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der EU, der Schweiz oder den Staaten des EWR verlegen. In diesem Fall können Sie Ihren Vertrag nicht fortsetzen. Lesen Sie dazu auch § 3 Abs. 3.

Der Vertrag endet auch mit Ihrem Tod. In diesem Fall können die Versicherten den Vertrag fortset-

zen. Dazu müssen diese innerhalb von 2 Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt ein Versicherter, endet nur dessen Vertragsteil.

(2) Kann der Vertrag nach einer Trennung oder Scheidung weitergeführt werden?

Sie und Ihr Ehegatte können Ihre Vertragsteile selbstständig weiterführen,

- nachdem Sie geschieden sind oder
- wenn Sie getrennt leben.

Bei >Lebenspartnern handhaben wir dies entsprechend.

(3) Welche Option auf Weiterversicherung hat der Versicherte?

Endet der Tarif Hi.Medical L/S, kann der Versicherte nahtlos in einen unserer geöffneten, unbefristeten Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung wechseln. Dies setzt voraus, dass

- der >gewöhnliche Aufenthalt des Versicherten weiterhin in Deutschland ist,
- der Versicherte im Tarif >versicherungsfähig ist,
- der Versicherte uns einen Wohnsitz in Deutschland nachweist und
- die Beiträge der letzten 12 Monate vollständig bezahlt sind.

Der Versicherte kann ohne Risikoprüfung wechseln, wenn Sie dies innerhalb eines Monats nach Ende des Tarifs Hi.Medical L/S bei uns schriftlich beantragen.

Hat ein Versicherter bisher keine Zahnleistungen versichert und will diese zukünftig versichern, führen wir hierfür eine Risikoprüfung durch. In diesem Fall können wir Zahnleistungen ausschließen oder mindern.

Hat der Versicherte den Tarif gewechselt, müssen Sie den Beitrag des neuen Tarifs bezahlen. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge im alten Tarif werden im neuen Tarif übernommen und entsprechend dem vereinbarten Risikograd angepasst.

(4) Wann endet der Versicherungsschutz?

Soweit der Vertrag endet, endet auch der Versicherungsschutz. Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

§ 13 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie haben keine Mindestvertragsdauer. Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Monats ordentlich kündigen. Dies setzt voraus, dass uns Ihre Kündigung mindestens 15 Tage vorher in >Textform erreicht. Sie können Ihre Kündigung auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

Beenden wir den Vertrag durch Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung nur für einzelne Versicherte oder Tarife, können Sie die Aufhebung des übrigen Teils des Vertrages verlangen. Dies müssen Sie innerhalb von 2 Wochen tun, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist,

- zum Ende des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist bzw.
- bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

Erfüllt der Tarif die >Pflicht zur Versicherung, setzt die Kündigung voraus, dass

- der Versicherte nach der Kündigung nahtlos bei einem anderen Versicherer weiterversichert ist. Diese Versicherung muss die Anforderungen der Pflicht zur Versicherung erfüllen.
- Sie uns dies nachweisen. Dazu haben Sie 2 Monate Zeit, nachdem Sie gekündigt haben. Ist der Termin der Kündigung mehr als 2 Monate in der Zukunft, haben Sie dafür bis zu diesem Termin Zeit.

Kündigen Sie den Vertrag für einzelne Versicherte oder insgesamt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- die Versicherten einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und
- uns dies innerhalb von 2 Monaten mitteilen, nachdem Sie gekündigt haben.

Ihre Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die betroffenen Versicherten hiervon Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Wann und wie können wir Ihren Vertrag kündigen?

Wir verzichten auf das Recht, Ihren Vertrag ordentlich zu kündigen.

Deshalb können wir nur nach den gesetzlichen Bestimmungen >außerordentlich kündigen. Dabei

können wir uns auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

§ 15 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag auf Anwartschaft stellen?

Wenn Sie kündigen, können Sie oder der Versicherte den Vertrag als Anwartschaft fortsetzen.

Eine Anwartschaftsversicherung ist auch möglich, wenn

- der Versicherte versicherungspflichtig in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird oder
- Anspruch auf Familienversicherung in der GKV erhält oder
- beihilfeberechtigt wird oder
- Anspruch auf freie Heilfürsorge erhält.

Die Anwartschaft müssen Sie innerhalb von 2 Monaten nach Ende des Tarifs beantragen.

Eine Anwartschaft ist nicht möglich, wenn der Versicherungsvertrag beendet wird, weil der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt. In diesem Fall kann der Vertrag nicht fortgeführt werden.

§ 16 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der Textform.

§ 17 Was müssen Sie tun, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

Bitte informieren Sie uns unverzüglich, wenn sich Ihre Anschrift ändert. Tun Sie das nicht, senden wir Erklärungen an die letzte uns bekannte Anschrift. Das gleiche gilt, wenn sich Ihr Name ändert.

Senden wir Ihnen einen eingeschriebenen Brief an diese Anschrift, gilt dieser innerhalb von 3 Tagen nach der Absendung als zugestellt.

§ 18 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen:

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Wenn Sie mit unseren Entscheidungen nicht zufrieden sind oder Verhandlungen mit uns nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können Sie 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. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Haben Sie Ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen, können Sie 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 Sie mit der Betreuung durch uns nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir 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 Ihnen der Rechtsweg offen.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Adoption

Die Adoption muss stets in Deutschland anerkannt sein. Dann behandeln wir den Tag der Adoption wie den Tag der Geburt.

Anschlussheilbehandlung

Eine Anschlussheilbehandlung ist eine besondere Form der Rehabilitation. Sie erfolgt im Anschluss an eine akute stationäre Behandlung in einem Krankenhaus.

Anzeigepflicht

Wir können Versicherungsschutz nur dann bieten, wenn wir das Krankheitskostenrisiko der Versicherten vorher genau kennen. Deshalb müssen Sie und die Versicherten alle gefahrerheblichen Einzelheiten, die für die Risikobeurteilung wichtig sind, anzeigen. Als gefahrerheblich gelten alle Daten, nach denen wir im Versicherungsantrag fragen. Dazu zählen

Angaben über Gesundheitszustand, Beruf, Alter sowie über anderweitig beantragten oder bestehenden Schutz.

Die vorvertragliche Anzeigepflicht endet mit der Abgabe des Antrags an uns.

Sollten wir zwischen Antragstellung und Vertragsabschluss noch einmal bei Ihnen nachfragen, gilt aber wieder Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat.

Art der Lebensversicherung

Das bedeutet, dass die Krankenversicherung wie eine Lebensversicherung kalkuliert wird. Dabei sind zahlreiche Auflagen zu beachten. Das sind zum Beispiel:

- Ein verantwortlicher Aktuar muss sicherstellen, dass die Beitragskalkulation den Gesetzen entspricht.
- Die versicherungsmathematischen Methoden müssen bestimmte Mindestanforderungen erfüllen.
- Beitragsänderungen erfolgen aufgrund einer Anpassungsklausel. Sie bedürfen der Zustimmung eines unabhängigen Gutachters, des sogenannten Treuhänders.

Ausland

Als Ausland gelten alle Staaten außerhalb Deutschlands. Auch Ihr ➤Heimatland gilt als Ausland.

Außerordentliche Kündigung

Eine außerordentliche Kündigung ist zum Beispiel möglich, wenn Sie den Vertrag schwerwiegend verletzt haben. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Sie uns bei der Abrechnung betrügen.

Basistarif

Der Basistarif ist ein gesetzlich vorgeschriebener Tarif, der bei allen Krankenversicherern gleich ist. Er bietet Leistungen, die mit der gesetzlichen Kranken-

versicherung (GKV) vergleichbar sind und wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt.

Beobachtungseinheit

Beobachtungseinheiten sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Entwöhnungsbehandlung

Die Entwöhnungsbehandlung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, mit der im speziellen stoffgebundene Suchterkrankungen wie Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit therapiert werden. Sie soll dem Patienten vor allem helfen von seinem Suchtmittel abstinent zu bleiben und die mit der Sucht einhergehenden körperlichen und seelischen Störungen so weit wie möglich auszugleichen.

EU (Europäische Union)

Folgende Staaten gehören dazu: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern. Großbritannien trat am 31. Januar 2020 aus der Europäischen Union aus.

EWR (Europäischer Wirtschaftsraum)

Der EWR besteht aus der ➤EU und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). EFTA-Staaten sind Island, Liechtenstein und Norwegen.

Gebührenordnung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Gewöhnlicher Aufenthalt

Ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat eine Person dort, wo sie ihren Lebensmittelpunkt hat. Hält sich eine Person länger als 6 Monate im Ausland auf, ist ihr Lebensmittelpunkt nicht mehr in Deutschland.

Gleichartiger Versicherungsschutz

Gleichartig sind Tarife, die gleiche Leistungsbereiche umfassen. Leistungsbereiche sind z.B. Kostenerstattung für

- ambulante Heilbehandlung,
- stationäre Heilbehandlung oder
- Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Dies gilt jeweils nur für Tarife innerhalb der Vollversicherung bzw. für Tarife innerhalb der Zusatzversicherung.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Heimatland

Heimatland ist das Land bzw. die Länder, für die der Versicherte die Staatsangehörigkeit besitzt.

Kurbehandlung

Eine Kurbehandlung wird in der Regel in einem Heilbad oder in einem Kurort durchgeführt. Dabei werden bestimmte Behandlungsmethoden und Heilmittel angewendet, die einer Krankheit vorbeugen oder diese nach der akuten Phase lindern. Diese können ambulant oder stationär (mit Übernachtung) durchgeführt werden. Auch Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Kuren sind Kurbehandlungen.

Lebenspartner

Lebenspartner sind zwei Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) eingegangen sind.

Nicht transportfähig

Der Versicherte ist so krank oder verletzt, dass er nicht transportiert werden darf. Selbst in einem intensiv medizinisch ausgestatteten Krankentransportmittel ist das nicht möglich.

Notfall

Ein Notfall ist eine Situation, die ohne sofortige medizinische Behandlung zu schweren Schäden oder dem Tod führt.

Notlagentarif

In den Notlagentarif werden die Versicherten aufgenommen, die

- ihre Beiträge auch nach unseren Mahnungen nicht bezahlen und
- aufgrund der bestehenden Versicherungspflicht weiter versichert bleiben müssen.

Es handelt sich de facto um einen „Nichtzahlertarif“.

Der Leistungsumfang des Notlagentarifs ist deutlich reduziert. Erstattet werden die Kosten der Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzen sowie im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft.

Pflegebedürftigkeit

Bezeichnet einen Zustand, in dem eine kranke oder behinderte Person ihren Alltag dauerhaft (mind. 6 Monate lang) nicht selbstständig bewältigen kann und deshalb auf Pflege oder Hilfe durch andere angewiesen ist.

Pflicht zur Versicherung

Seit 2009 gilt eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Jede Person mit Wohnsitz in Deutschland muss eine Krankenversicherung haben. Je nachdem, welche Voraussetzungen sie erfüllt, ist sie pflichtversichert in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), muss sich freiwillig gesetzlich versichern oder wählt eine private Krankenversicherung (PKV).

Rehabilitationsmaßnahmen

Rehabilitationsmaßnahmen sind vergleichbar mit ➤Kur- oder ➤Sanatoriumsbehandlungen. Im Unterschied zu diesen werden Rehabilitationsmaßnahmen aber von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger bewilligt und bezahlt, zum Beispiel durch einen Rentenversicherer. Rehabilitationsmaßnahmen können ambulant und stationär durchgeführt werden, in der Regel in besonderen Einrichtungen des Rehabilitationsträgers.

Risikozuschlag

Hat ein Versicherter bestimmte Vorerkrankungen und liegt deshalb ein höheres Risiko vor, können wir zusätzlich einen Risikozuschlag verlangen.

Ruhen

Durch das Ruhen der Versicherung werden die gegenseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag stillgelegt. Der Vertrag selbst bleibt aber bestehen. Während der Ruhenszeit erbringen wir keine Leistungen und Sie müssen keinen Beitrag bezahlen. Eine Sonderform des Ruhens mit abweichenden Regelungen ist der ➤Notlagentarif.

Sanatoriumsbehandlung

Als Sanatorien gelten Anstalten, in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden. Sie stehen unter der Leitung und ständigen Aufsicht eines Arztes.

Schulmedizin

Der Begriff Schulmedizin bezeichnet die allgemein anerkannte Heilkunde. Diese wird an Universitäten und medizinischen Hochschulen nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt.

Textform

Textform bedeutet schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Treuhänder

Personen, die aufsichtsrechtliche Befugnisse im Interesse der Versicherten wahrnehmen.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherungsbeginn

Das ist der Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht.

Versicherungsfähig

Jeder Tarif hat bestimmte Voraussetzungen, die der Versicherte erfüllen muss, um sich dort versichern zu können. Diese finden Sie im Tarif. Liegen diese Voraussetzungen nicht mehr vor, dann endet seine Versicherung in diesem Tarif sofort.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige ➤Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines ➤Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Je nach Tarif kann es andere Fälle geben, in denen Schutz besteht.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr. Beginnt die Versicherung z.B. am 01.04.2021, so beginnt das Versicherungsjahr am 01.04.2021 und endet am 31.03.2022.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist eine Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er verkörpert den Vertrag zwischen Ihnen und uns.

Vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie

- ein bestimmtes Ergebnis wollen oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

Anhang - Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(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 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten 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.

(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 ent-

richten. 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.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG] § 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Program-

men und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG] in der bis zum 30. September 2017 gel-

tenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarif Hi.Medical L

Befristete Krankheitskosten-Vollversicherung



English version:
www.hallesche.de/pm247u-e-0920.pdf

Fassung Dezember 2020

Wesentliche Merkmale des Tarifs Hi.Medical L

Ambulante Heilbehandlung

Wir erstatten 100% der Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ
- Arznei- und Verbandmittel
- ambulante Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Programme ohne Altersgrenze
- Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- Fahrten und Transporte
- Heilmittel bis zu 1.500 € je Kalenderjahr, bei schweren Erkrankungen darüber hinaus
- Psychotherapie bis zu 25 Sitzungen je Kalenderjahr
- Naturheilverfahren
 - durch Ärzte
 - durch andere Behandelnde: bis 500 € je Kalenderjahr
- Sehhilfen bis 250 €
- refraktive Chirurgie bis 750 € pro Auge
- Hilfsmittel
- eine Kinderwunsch-Behandlung bis zu 2.500 €
- Hebammenhilfe bzw. Hilfe durch einen Entbindungspfleger
- Strahlendiagnostik und Strahlentherapie

Digitale Gesundheitsanwendungen und Gesundheitsservices

Wir erstatten 100% der Kosten bis 120 € je Kalenderjahr.

Entwöhnungsbehandlung

Wir erstatten 100% der Kosten für eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung.

Kurbehandlung

Wir erstatten die Kosten entsprechend dem Tarif, wenn wir dies vorher schriftlich zugesagt haben.

Stationäre Heilbehandlung

Wir erstatten 100% der Kosten für

- allgemeine Krankenhausleistungen maximal in der Höhe wie sie im KHEntgG oder in der BPfLV vorgesehen sind, bei einem Notfall auch darüber hinaus
- ein Ein- oder Zweibettzimmer
- die Leistungen
 - eines Privatarztes,
 - eines Belegarztes,
 - einer Beleghebamme bzw. Belegentbindungspfleger
- Krankentransporte
- die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus, wenn das zu behandelnde Kind noch keine 16 Jahre alt ist

Krankenrücktransport aus dem Ausland nach Deutschland

Eigenanteil (nicht für stationäre Heilbehandlung)

- **Hi.Medical L P500:**
Von der tariflichen Erstattung ziehen wir 10% ab. Maximal müssen Sie 500 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr selbst bezahlen
- **Hi.Medical L 1.200:**
Sie müssen 1.200 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr selbst bezahlen

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung
- Leistungen beim Zahnarzt

Inhalt

I. Wer kann sich versichern?.....	3	VII. Was erstatten wir für Kurbehandlung?	8
II. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif Hi.Medical L?.....	3	VIII. Was erstatten wir für stationäre Heilbehandlung?	8
III. Wie berücksichtigen wir Gebührenordnungen bei der Erstattung?	3	IX. Was erstatten wir im Hospiz?	9
IV. Was erstatten wir für ambulante Heilbehandlungen?.....	3	X. Was erstatten wir für einen Rücktransport nach Deutschland?.....	9
V. Was erstatten wir für digitale Gesundheits- Anwendungen und digitale Gesundheits- Services?	7	XI. Welchen Eigenanteil ziehen wir von Ihrem Erstattungsbetrag ab?.....	9
VI. Was erstatten wir für Entwöhnungsbehandlung?	7	Fachbegriffe.....	10
		Heilmittelverzeichnis.....	13

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung Hi.Germany (AVB/KKb 2020).

I. Wer kann sich versichern?

Um den Vertrag schließen zu können, benötigen Sie bei Versicherungsbeginn einen Wohnsitz in Deutschland.

In diesem Tarif können außerdem nur Personen versichert sein, die

- sich mit einem befristeten Aufenthaltstitel in Deutschland aufhalten und
- nicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- keinen Anspruch auf Beihilfe bzw. freie Heilfürsorge haben.

Die Versicherung endet, sobald eine dieser Voraussetzungen wegfällt.

II. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif Hi.Medical L?

Der Tarif Hi.Medical L steht in zwei Tarifstufen zur Verfügung:

- Tarifstufe Hi.Medical L P500
- Tarifstufe Hi.Medical L 1.200.

Die Tarifstufen unterscheiden sich hinsichtlich des Eigenanteils, den wir von der Erstattung abziehen. Lesen Sie dazu bitte XI.

III. Wie berücksichtigen wir Gebührenordnungen bei der Erstattung?

Leistungen, die durch Ärzte erbracht werden, sind von vorne herein nur im Rahmen der >Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig; maximal bis zu den dortigen Höchstsätzen (siehe Anhang 1).

Leistungen, die durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger erbracht werden, sind von vorne herein nur im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig.

Leistungen, die durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, sind von vorne herein nur im Rahmen der Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig;

maximal bis zu den dortigen Höchstsätzen (siehe Anhang 1).

IV. Was erstatten wir für ambulante >Heilbehandlungen?

1. Was erstatten wir, wenn der Versicherte durch einen Arzt behandelt wird?

Wir erstatten 100% der Kosten für

- Beratungen,
- Besuche,
- Behandlungen,
- Untersuchungen,
- Hausbesuche,
- Operationen,
- ärztliche Video-Beratungen und -Untersuchungen
- sowie Sonderleistungen.

2. Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?

Wir erstatten 100% der Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel gelten auch

- Harn- und Blutteststreifen sowie
- bestimmte medikamenten-ähnliche Nahrungsmittel,
 - die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden (z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose) und
 - die insbesondere >enteral oder >parenteral verabreicht werden.

Wenn der Versicherte derartige Nahrungsmittel braucht, können wir helfen, diese zu beschaffen.

Als Arzneimittel gelten von vorne herein nicht:

- Mittel zur Verhütung der Empfängnis,
- Geriatrika,
- Nähr- und Stärkungsmittel, es sei denn es handelt sich um die oben genannten medikamenten-ähnlichen Nahrungsmittel,
- Diätpräparate,
- Hormonpräparate im Rahmen von Anti-Aging-Maßnahmen,
- Haarwuchsmittel,
- potenzfördernde Mittel,
- Kosmetik,

- Desinfektionsmittel,
- reines Mineralwasser,
- Badezusätze und
- vergleichbare „Lifestyle-Produkte“.

Dies gilt auch dann, wenn sie von einem Arzt verordnet wurden und/oder heilende Stoffe enthalten.

3. Was erstatten wir für ambulante Vorsorgeuntersuchungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, auch wegen Schwangerschaft, nach den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzung.

4. Was erstatten wir für Schutzimpfungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden.

Davon ausgenommen sind Impfungen,

- die anlässlich einer Auslandsreise angeraten sind oder
- wegen der beruflichen Tätigkeit, wenn sie vom Arbeitgeber übernommen werden müssen.

5. Was erstatten wir für >Fahrten und >Transporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn

- der Versicherte einen Notfall hat oder
- zur Dialyse, Tiefenbestrahlung oder Chemotherapie gefahren werden muss.

Den Transport erstatten wir nur, wenn der Versicherte während des Transports aus medizinischen Gründen

- eine fachliche Betreuung oder
- die besondere Einrichtung dieses Transportmittels benötigt.

6. Was erstatten wir für >Heilmittel?

Wir erstatten 100% der Kosten für Heilmittel, die in unserem Verzeichnis (siehe Anhang 2) enthalten sind; jeweils bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.

Dabei erstatten wir insgesamt maximal 1.500 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr. Wir verzichten auf diese Begrenzung, wenn

- die Heilmittel aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendig sind oder
- der Versicherte an einer der folgenden schweren Erkrankungen leidet und das Heilmittel hierfür medizinisch notwendig ist:
 - bösartige Neubildungen (Krebs)
 - dialysepflichtiges Nierenversagen
 - Multiple Sklerose
 - Rheumatoide Arthritis
 - Alzheimer
 - Morbus Parkinson
 - Verlust von Gliedmaßen
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Querschnittslähmung
 - Kinderlähmung
 - Verbrennungen
 - Schlaganfall
 - Wirbelkörperfraktur
 - Amyotrophe Lateralsklerose
 - Arthrose im Knie bzw. in der Hüfte
 - Morbus Bechterew
 - Mukoviszidose

7. Was erstatten wir für ambulante Psychotherapie?

Wir erstatten 100% der Kosten für ambulante Psychotherapie. Im Kalenderjahr können Sie bis zu 25 Sitzungen für jeden Versicherten beanspruchen.

8. Was erstatten wir für Naturheilverfahren, wenn sie nicht durch einen Arzt durchgeführt werden?

Wir erstatten 100% der Kosten für Naturheilverfahren einschließlich Arznei- und Verbandmittel, wenn sie nicht von einem Arzt durchgeführt werden. Dabei erstatten wir insgesamt maximal 500 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr.

Naturheilverfahren sind z.B.:

- Klassische Homöopathie
- Osteopathie
- Akupunktur (auch nach traditioneller chinesischer Medizin)
- Blutegelbehandlung
- Schröpfen.

9. Was erstatten wir für Sehhilfen und refraktive Chirurgie?

Wir erstatten 100% der Kosten für Sehhilfen bis zu 250 € für jeden Versicherten.

Nachdem wir eine Sehhilfe erstattet haben, erhält der Versicherte frühestens 2 Jahre nach deren Bezug erneut eine Sehhilfe erstattet. Verändert sich die Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien, bekommt der Versicherte auch schon früher eine neue Sehhilfe erstattet.

Lässt der Versicherte seine Fehlsichtigkeit operativ korrigieren (durch refraktive Chirurgie, bspw. LASIK), erstatten wir 100% der Kosten bis zu 750 € für jedes Auge. Dabei gilt folgendes:

- Der Versicherte muss bereits mindestens 12 Monate in diesem Tarif versichert sein und
- er erhält diese Leistung nur einmal pro Auge während der gesamten Zeit, die er in diesem Tarif versichert ist.

10. Was erstatten wir für medizinische Hilfsmittel?

a) Wir erstatten 100% der Kosten für medizinische Hilfsmittel,

- wenn sie die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- der Versicherte diese zur Therapie und Diagnostik braucht (z.B. Blutdruckmessgeräte) oder
- um am Leben zu bleiben (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Wir erstatten auch 100% der Kosten für die Unterweisung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln. Wir erstatten aber keine Reparaturen von orthopädischen Maßschuhen.

Wir leisten von vorne herein nicht für:

- Hilfsmittel, die die Pflege-Pflichtversicherung erstatten muss,
- Hilfsmittel, die zum Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich gehören,
- Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

b) Folgende Hilfsmittel erstatten wir nur bis zu einem bestimmten Betrag:

- Für orthopädische Schuhe oder eine orthopädische Anpassung von Schuhen oder Einlagen erstatten wir für jeden Versicherten bis zu 250 € im Kalenderjahr.
- Für eine Hörhilfe erhält der Versicherte einmal innerhalb der gesamten Versicherungsdauer bis zu 1.500 € für jedes Ohr. Sofern ein Hörverlust nur durch Hörimplantate ausgeglichen werden kann, erstatten wir im Rahmen dieser Versorgung einmal bis zu 4.000 € je Ohr.

c) Kostet das Hilfsmittel voraussichtlich mehr als 350 €, müssen Sie

- uns die ärztliche Verordnung vorab vorlegen und
- uns beauftragen, das Hilfsmittel (Leihgerät oder Kauf) über unseren Partner oder geeignete Sanitätshäuser auszuliefern.

Dies gilt auch, wenn das Hilfsmittel voraussichtlich weniger als 350 € kostet, aber innerhalb eines Kalenderjahres mehrfach benötigt wird (z.B. ➤Stoma-Artikel).

Erfüllen Sie diese Voraussetzungen nicht, kürzen wir unsere Erstattung auf 75%. Können wir das Hilfsmittel nicht ausliefern lassen, gilt diese Kürzung nicht.

11. Was erstatten wir für eine Kinderwunsch-Behandlung?

Wir erstatten 100% der Kosten für eine Kinderwunsch-Behandlung bis zu 2.500 € einmal während der gesamten Zeit, die der Versicherte in diesem Tarif versichert ist.

Wir erstatten nach vorheriger schriftlicher Zusage. Diese wird erteilt, wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist und folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Versicherte ist schon mindestens 24 Monate in diesem Tarif versichert.
- Beim Versicherten liegt eine organisch bedingte Sterilität vor, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann.
- Die Frau ist zum Zeitpunkt der Behandlung nicht älter als 39 Jahre.
- Die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt. Da-

bei dürfen ausschließlich Ei- und Spermienzellen des Paares verwendet werden.

- Die Behandlung entspricht dem deutschen Recht.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, leisten wir für:

- Inseminationszyklen im Spontanzyklus oder
- Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation oder
- In-vitro-Fertilisation (IVF) oder
- intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF) oder
- intratubaren Gametentransfer (GIFT).

Hat der Versicherte oder dessen Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren, sind diese vorrangig in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen. Wir leisten dann nur für solche Kosten, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

12. Was erstatten wir für Hebammen oder Entbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten für eine Hebammenhilfe bzw. Hilfe durch einen Entbindungspfleger.

Dazu zählen zum Beispiel:

- Mutterschaftsvorsorge
- Schwangerenbetreuung
- Geburtshilfe
- Wochenbettbetreuung
- Gebühren für Hausbesuche

Entbindet eine Versicherte in einer Einrichtung, die von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitet wird (bspw. Geburtshaus, Hebammenhaus), erstatten wir Ihnen die Kosten bis zu der Höhe, die bei einer Geburt im Krankenhaus entstanden wären. Wir erstatten die Kosten auch dann, wenn während der Geburt die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

13. Was erstatten wir für Strahlendiagnostik und Strahlentherapie?

Wir erstatten 100% der Kosten für Strahlendiagnostik und Strahlentherapie.

14. Was erstatten wir für häusliche Krankenpflege?

a) Wir erstatten die Kosten für häusliche Krankenpflege eines Versicherten, wenn sie von einem Arzt verordnet wurde,

- sie von geeigneten Fachkräften außerhalb stationärer Einrichtungen wie Pflegeheimen, Hospizen oder Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt wird und
- eine im Haushalt lebende Person den Versicherten nicht ausreichend pflegen und versorgen kann.

Weitere Voraussetzung ist, dass

- die Krankenpflege das Ziel der ärztlichen Behandlung sichern soll (Sicherungspflege) oder
- eine Krankenhausbehandlung geboten, diese aber nicht ausführbar ist oder dass sich mit häuslicher Krankenpflege eine stationäre Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen lässt (Krankenhausvermeidungspflege) oder
- die häusliche Krankenpflege wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung notwendig ist (Unterstützungspflege).

Wir erstatten unter diesen Voraussetzungen

- stets die Kosten für ➤medizinische Behandlungspflege,
- bei Unterstützungspflege, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung besteht und bei Krankenhausvermeidungspflege auch die Kosten der ➤Grundpflege sowie eine ➤hauswirtschaftliche Versorgung. Wir erstatten diese Kosten maximal für 4 Wochen. Brauchen Sie die Leistung länger, müssen wir Ihnen das vorher schriftlich zusagen.

b) Dabei erstatten wir die Kosten zu 100%, soweit diese angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen maximal in Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

Liegt jedoch eine ➤Intensiv-Behandlungspflege vor und ist diese sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in einer im Umkreis von 50 km hiervon befindlichen geeigneten Einrichtung (Pflegeheim) möglich, gelten die jeweils günstigsten Kosten für die Behandlungspflege als angemessen; dies gilt nicht

für Intensiv-Behandlungspflege in häuslicher Umgebung bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die angemessenen Kosten für Intensiv-Behandlungspflege erstatten wir auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime).

15. Was erstatten wir für Soziotherapie?

Wir erstatten die Kosten einer Soziotherapie zu 100%. Für jeden Versicherten können während der gesamten Laufzeit des Tarifs maximal 120 Stunden beansprucht werden.

Die Erstattung setzt voraus, dass der Versicherte eine schwere psychische Erkrankung hat und deshalb nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und

- die Soziotherapie eine Behandlung im Krankenhaus vermeidet oder verkürzt oder
- eine Behandlung im Krankenhaus zwar geboten notwendig, aber nicht ausführbar ist.

Eine Soziotherapie können durchführen:

- Ärzte für Psychiatrie oder Nervenheilkunde oder
- nach Verordnung durch diese Ärzte auch Fachkräfte für Soziotherapie.

Aufwendungen für Ärzte erstatten wir im Rahmen der GOÄ (vgl. III.). Die Kosten für Fachkräfte für Soziotherapie erstatten wir bis zu dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dafür bezahlen müsste, wäre der Versicherte bei ihr versichert.

16. Was erstatten wir für spezialisierte ambulante Palliativversorgung?

Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ermöglicht, dass der Versicherte in seiner vertrauten häuslichen Umgebung, im Hospiz, im Altersheim oder in stationären Pflegeeinrichtungen betreut wird, wenn er

- an einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- nur noch Wochen oder wenige Monate zu leben hat (bei Kindern auch Jahre) und
- besonders aufwändig versorgt werden muss.

Wir erstatten die Kosten zu 100%. Dies setzt voraus, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- ärztlich verordnet ist und
- der Versicherte durch Ärzte und Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung versorgt wird.

Wir erstatten die Kosten bis zu dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dafür bezahlen müsste, wäre der Versicherte bei ihr versichert.

V. Was erstatten wir für >digitale Gesundheitsanwendungen und digitale Gesundheitsservices?

Wir erstatten im >Versicherungsfall 100% der Kosten bis zu 120 € im Kalenderjahr für digitale Gesundheitsanwendungen und sonstige digitale Gesundheitsservices.

Wir erstatten keine Kosten für Hardware.

VI. Was erstatten wir für >Entwöhnungsbehandlung?

Wir erstatten 100% der Kosten einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung. Dies setzt voraus, dass

- es sich um eine >stoffgebundene Sucht handelt,
- kein anderer Kostenträger dies bezahlen muss und
- die stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer Einrichtung durchgeführt wird, die von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger hierfür zugelassen ist oder
- eine ambulante Entwöhnungsbehandlung durch fachliche Dienste oder Einrichtungen erfolgt.

Wir leisten nicht für Entwöhnungsbehandlungen, die der Versicherte aufgrund einer Nikotinsucht durchführt.

Bei stationären Entwöhnungsbehandlungen leisten wir nur für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne des >Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV). In Privatkliniken erhält der Versicherte ebenfalls nur die Kosten in vergleichbarer Höhe erstattet.

Wir erstatten nur eine ambulante oder eine stationäre Entwöhnungsbehandlung für jeden Versicherten während der Laufzeit des Tarifs.

VII. Was erstatten wir für Kurbehandlung?

Wir erstatten eine Kurbehandlung in einem Kurort oder Heilbad, wenn wir diese Leistung vorher schriftlich zugesagt haben. Der Versicherte erhält dann die in diesem Tarif vereinbarten Leistungen für:

- Arztbehandlungen (vgl. IV.1.),
- ➤Heilmittel (vgl. IV.6.),
- Medizinische Hilfsmittel (vgl. IV.10.),
- Arznei- und Verbandmittel (vgl. IV.2.) und
- Strahlendiagnostik/Strahlentherapie (vgl. IV.13.).

Kosten für Kurtaxe und Kurplan erstatten wir zu 100%.

Bitte beachten Sie: Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung übernehmen wir nicht.

VIII. Was erstatten wir für stationäre ➤Heilbehandlung?

1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?

Wir leisten, wenn der Versicherte in einem Krankenhaus stationär behandelt wird. Dies setzt voraus, dass

- die stationäre Behandlung dort medizinisch notwendig ist oder
- eine Vorsorgeuntersuchung aus medizinischen Gründen dort stationär durchgeführt werden muss.

Wir leisten auch, wenn eine Versicherte stationär im Krankenhaus behandelt werden muss, weil sie schwanger ist oder entbindet.

2. Was erstatten wir für ➤allgemeine Krankenhausleistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen.

Es gibt Krankenhäuser, die nicht nach dem ➤Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen. Dabei handelt es sich in der Regel um Privatkliniken.

Lässt sich der Versicherte in einem solchen Krankenhaus behandeln, erstatten wir maximal die Kosten, die im KHEntgG oder in der BPfIV vorgesehen sind. Dabei beziehen wir uns auf den Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem der Versicherte behandelt wurde.

Bei einer Behandlung im Ausland wird bis zum Höchstpreis der allgemeinen Krankenhausleistungen in der Bundesrepublik Deutschland erstattet. Mit diesen Aufwendungen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.

Wenn der Versicherte aufgrund eines ➤Unfalls oder ➤Notfalls in ein solches Krankenhaus oder in ein Krankenhaus im Ausland eingeliefert wird, begrenzen wir unsere Leistung diesbezüglich nicht.

3. Was erstatten wir für Wahlleistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für folgende Wahlleistungen:

- den Zuschlag für ein Ein- oder Zweibettzimmer,
- ➤angemessene Zuschläge für einen besonderen Komfort nach der jeweils gültigen Vereinbarung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV / § 17 Abs. 1 KHEntgG. Darunter fallen übliche Komfortelemente wie z.B. eine besondere Verpflegung, Ausstattung (Fernseher, Internetanschluss), Zimmergröße und Lage.
- die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

4. Was erstatten wir für Leistungen durch Belegärzte?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Leistung eines Belegarztes.

5. Was erstatten wir für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

6. Was erstatten wir für ➤Transporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für einen Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Den Transport erstatten wir nur, wenn der Versicherte während des Transports aus medizinischen Gründen

- eine fachliche Betreuung oder
- die besondere Einrichtung dieses Transportmittels benötigt.

7. Was erstatten wir, wenn Sie Ihr versichertes Kind ins Krankenhaus begleiten?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus,

- solange das versicherte Kind stationär im Krankenhaus behandelt werden muss und
- wenn das Kind zu Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus noch keine 16 Jahre alt ist.

IX. Was erstatten wir im Hospiz?

Wir erstatten 100% der Kosten, wenn der Versicherte (teil)stationär im Hospiz versorgt werden muss.

Dies setzt voraus, dass

- der Aufenthalt im Hospiz ärztlich verordnet ist und
- die stationäre oder teilstationäre Versorgung dort medizinisch notwendig ist, weil die palliativ-medizinische Behandlung (vgl. IV.16.)
 - im Haushalt oder der Familie des Versicherten bzw.
 - in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann.

Die Kosten für den Aufenthalt im Hospiz erstatten wir

- nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z.B. aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung, die der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen muss
- bis zu dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dafür bezahlen müsste, wäre der Versicherte bei ihr versichert.

X. Was erstatten wir für einen Rücktransport nach Deutschland?

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport

- an den Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder
- in das vom Wohnsitz in Deutschland nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Dies setzt voraus, dass wir den >Transport selbst oder über einen Vertragspartner organisieren und

- der Rücktransport medizinisch sinnvoll ist oder
- der Versicherte so schwer erkrankt ist, dass er länger als 2 Wochen im Ausland stationär behandelt werden müsste oder
- die Kosten des Rücktransports günstiger sind als die erstattungsfähigen Kosten, die wir bei der weiteren Heilbehandlung im Ausland erstatten würden oder
- sich der Schutz der Versicherung wegen Transportunfähigkeit verlängert (lesen Sie dazu auch in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung § 3 Abs. 2).

Wir erstatten die Kosten für das jeweils günstigste geeignete Transportmittel zu 100%. Kosten, die dem Versicherten bei einer normalen Rückreise entstanden wären, ziehen wir von unserem Erstattungsbetrag ab.

Zur Abklärung und Organisation eines Rücktransports schalten Sie >unverzüglich unseren Auslandsnotruf unter der Telefonnummer **+49 711/6603-3930** ein.

XI. Welchen Eigenanteil ziehen wir von Ihrem Erstattungsbetrag ab?

Wir erbringen den Erstattungsbetrag, den wir in den Abschnitten IV., V., VI., VII. und X. beschrieben haben, nicht vollständig. Vor unserer Leistung berücksichtigen wir noch einen Anteil, den Sie selber bezahlen müssen.

• Tarifstufe Hi.Medical L P500:

Von jeder Erstattung ziehen wir 10% ab. D.h., wir reduzieren den Betrag, den wir nach den Abschnitten IV., V., VI., VII. und X. erstatten würden, um 10%. Hierbei müssen Sie maximal 500 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr selbst tragen.

- **Tarifstufe Hi.Medical L 1200:**

Sie müssen einen Eigenanteil von 1.200 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr selbst tragen. Diesen ziehen wir von Ihrer Erstattung ab.

Beginnt Ihre Versicherung nicht am 1. Januar, reduziert sich Ihr Eigenanteil. Für jeden Monat, den sie später beginnt, reduziert sich der von Ihnen maximal zu zahlende Eigenanteil in der Tarifstufe Hi.Medical L 1200 um jeweils 1/12. Dies gilt auch, wenn Sie aus einem anderen Tarif in Hi.Medical L 1200 wechseln. Endet Ihre Versicherung innerhalb eines Kalenderjahres, ermäßigt sich Ihr Eigenanteil nicht.

Die Erstattungen werden stets dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem der Versicherte behandelt wurde.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Allgemeine Krankenhausleistungen

Wenn das Krankenhaus nach dem ➤Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegegesetzverordnung (BPflV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Entgelte nach § 7 KHEntgG. Dazu gehören z.B.

- Fallpauschalen und
- Zusatzentgelte.

Wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegegesetzverordnung (BPflV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen

- die Kosten für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich
- ärztlicher Leistungen und
- Nebenkosten.

Ambulante Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Ambulant bedeutet, dass die Heilbehandlung nicht im Krankenhaus, sondern z.B. in einer Arztpraxis stattfindet.

Angemessene Zuschläge für einen besonderen Komfort

Wir richten uns nach der gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Abs. 1 BPflV / § 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft. Diese wurde zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart.

Unser Tipp: Lassen Sie sich vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vom Krankenhaus bestätigen, dass es sich an diese Preisempfehlung hält.

Digitale Gesundheitsanwendungen und Digitale Gesundheitsservices

Dazu zählen beispielsweise:

- ärztliche Videosprechstunden, die nicht nach der ➤Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet sind,
- Apps die den Versicherten bei Rückenproblemen unterstützen und
- Services, die den Versicherten bei seelischen Problemen unterstützen.

Enteral

Medikamente oder Nahrungsmittel werden über den Darm zugeführt, d.h. durch den Mund oder den Enddarm.

Entwöhnungsbehandlung

Die Entwöhnungsbehandlung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, mit der im speziellen stoffgebundene Suchterkrankungen wie Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit therapiert werden. Sie soll dem Patienten vor allem helfen von seinem Suchtmittel abstinent zu bleiben und die mit der Sucht einhergehenden körperlichen und seelischen Störungen so weit wie möglich auszugleichen.

Fahrten

Unter Fahrt verstehen wir die Fahrt z.B.

- in öffentlichen Verkehrsmitteln,
- im Taxi oder
- mit dem Auto.

Gebührenordnung für Ärzte

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) regelt die Abrechnung privater Leistungen des Arztes, d.h. aller medizinischen und außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche Leistungen aufgeführt.

Grundpflege

Dazu gehören z.B. Körperpflege und An- und Auskleiden.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Dazu gehören z.B. Einkaufen und Kochen.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Heilmittel

Hierzu zählen z.B. Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Was wir in welcher Höhe erstatten siehe Heilmittelverzeichnis im Anhang.

Intensiv-Behandlungspflege

Intensiv-Behandlungspflege liegt vor, wenn auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ein besonders hoher Pflegebedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen oder die Bedienung und Überwachung eines lebenserhaltenden Hilfsmittels (z.B. Beatmungsgerätes) am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Bundspflegesatzverordnung (BPflV)

Für öffentliche Krankenhäuser ist im KHEntgG bzw. in der BPflV festgelegt, was sie abrechnen dürfen. In privaten Krankenhäusern bzw. in Krankenhäusern im Ausland gilt dies nicht. Die Rechnungen dort können deutlich höher sein.

Medizinische Behandlungspflege

Dazu gehören z.B. Wundversorgung und Verbandswechsel.

Notfall

Ein Notfall ist eine Situation, die ohne sofortige medizinische Behandlung zu schweren Schäden oder dem Tod führt.

Parenteral

Medikamente oder Nahrungsmittel werden unter Umgehung des Magen-Darm-Kanals zugeführt, z.B. intravenös oder intramuskulär.

Rücktransport

Unter Rücktransport verstehen wir die Beförderung des Versicherten vom Aufenthaltsland zurück nach Deutschland, wenn er krank oder verletzt ist. Dies setzt weiter voraus, dass er deshalb nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann.

Stationäre Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Stationär bedeutet, dass die Heilbehandlung im Krankenhaus stattfindet.

Stoffgebundene Sucht

Hier wird eine Sucht bekämpft, die abhängig ist von bestimmten Substanzen, wie z.B. Alkohol oder Drogen.

Stoma-Artikel

Stoma-Artikel sind Produkte, die der Aufnahme von Stuhlgang oder Urin dienen, wenn der Versicherte einen künstlichen Darm- oder Blasenausgang hat.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige ➤Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines ➤Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

Transport

Transport bedeutet, dass der Versicherte so krank oder verletzt ist, dass er nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann. Er muss z.B. im Krankenwagen transportiert werden.

Anhang 1

Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind derzeit der 3,5fache Satz für persönlich ärztliche Leistungen bzw. der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

Die Vergütungen für die Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten richten sich nach der Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Die Höchstsätze entsprechen denen der Gebührenordnung für Ärzte (siehe oben).

Anhang 2 - Heilmittelverzeichnis

Hierzu zählen Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw.

Richtwert im Sinne des Heilmittelverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßig medizinisch notwendigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

	erstattungs- fähig bis zu €		erstattungs- fähig bis zu €
Inhalationen		Bewegungsübungen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung		• als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
• als Einzelinhalation	8,80	• in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60
• als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80	Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
• als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	7,50	• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.		• in einer Gruppe im Bewegungsbad (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
Radon-Inhalation im Stollen	14,90	• in einer Gruppe im Bewegungsbad (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
Radon-Inhalation mittels Hauben	18,20	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	
Krankengymnastik/Bewegungsübungen		Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	108,10
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten	25,70	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainings-therapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	46,20
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80	Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 45 Minuten	45,30	Massagen	
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer	8,20	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	14,30	• Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40	• Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20

	erstattungs- fähig bis zu €		erstattungs- fähig bis zu €
Manuelle Lymphdrainage (MLD)		An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
• Teilbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	18,20	Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,10
• Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50	Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
• Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30	Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
• Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	12,40	Naturmoor-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	43,30
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50	Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	52,70
Palliativversorgung		Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00	• Teilbad	37,90
Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind		• Vollbad	43,30
Packungen, Hydrotherapie, Bäder		Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60	Medizinische Bäder mit Zusatz	
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		• Hand-, Fußbad	8,80
• bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60	• Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
• bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid		• Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
• Teilpackung	36,20	• bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
• Großpackung	47,80	• Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,10 €.	
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70	Gashaltige Bäder	
Kaltpackung (Teilpackung)		• Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
• Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	10,20	• Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
• Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30	• Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	33,80
Heublumensack, Peloidkomresse	12,10	• Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	6,10	• Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
Trockenpackung	4,10	• Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10
Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10	Kälte- und Wärmebehandlung	
Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40		
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20		

	erstattungs- fähig bis zu €
Wärmetherapie mittels Heißluft (auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
Ultraschall-Wärmetherapie	11,90
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
Iontophorese, Phonophorese	8,20
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
• als Einzelbehandlung	4,10
• in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,10
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,90
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	8,20
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	11,50
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	18,00
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
• Richtwert: 30 Minuten	41,80
• Richtwert: 45 Minuten	59,00
• Richtwert: 60 Minuten	68,90
• Richtwert: 90 Minuten	103,40
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer	
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	50,40
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60

	erstattungs- fähig bis zu €
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
Einzelbehandlung	
• bei motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
• als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall:	
• bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit:	
• bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
• bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
Gruppenbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	16,00
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer	37,90
• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	70,20
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
Podologie	
Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90

	erstattungs- fähig bis zu €
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	41,60
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	26,70
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,00
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	11,00
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik	
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60

	erstattungs- fähig bis zu €
Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	
• allgemeiner Rehasport	6,60
• Rehasport im Wasser	7,50
• Rehasport in Herzgruppen	8,50
• Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	12,00
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
• allgemeiner Rehasport	8,50
• Rehasport im Wasser	11,00
• Rehasport in Kinderherzgruppen	16,00
• Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	16,00
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	6,60
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg ist die Abrechnung von ärztlich verordnetem Hausbesuch und Fahrtkosten nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	

Tarif Hi.Dental L

Befristete Krankheitskosten-Vollversicherung



English version:
www.hallesche.de/pm249u-e-0920.pdf

Fassung Dezember 2020

Wesentliche Merkmale des Tarifs Hi.Dental L

Leistungen beim Zahnarzt

Wir erstatten 100% der Kosten bis zu einem Leistungsbetrag von insgesamt maximal 1.500 € für

- Zahnersatz und Inlays
 - Zahnbehandlung
 - Kieferorthopädie
 - bei Kindern oder
 - nach einem Unfall
 - Zahn-Prophylaxe bis zu 100 € pro Kalenderjahr
-

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung Hi.Germany (AVB/KKb 2020).

I. Wer kann sich versichern?

In diesem Tarif können Personen versichert sein, die in

- Tarif Hi.Medical L oder
- Tarif Hi.Medical S

versichert sind.

Sobald eine Person in keinem der beiden Tarife mehr versichert ist, endet auch diese Versicherung.

II. Was erstatten wir unter welchen Voraussetzungen?

1. Was erstatten wir?

Muss sich der Versicherte ambulant bei einem niedergelassenen Zahnarzt behandeln lassen und ist dies medizinisch notwendig, legen wir unserer Erstattung stets nur folgende Kosten zu Grunde:

- Das Honorar des Zahnarztes, das im Rahmen der >Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bis zum 3,5fachen Satz und für Ärzte (GOÄ) bis zu den dortigen Höchstsätzen berechnet ist.
- Die Kosten für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) in angemessener Höhe.

2. Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?

Wir erstatten 100% der Kosten für Inlays aus Metall, Keramik oder Kunststoff und für Zahnersatz sowie dazugehörige Begleitleistungen.

Als Zahnersatz gelten

- Prothesen,
- Kronen,
- Brücken,
- Implantate und die in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens,
- Verblendungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz und Schienentherapie anfallen sowie
- Reparatur von Zahnersatz.

3. Was erstatten wir für Zahnbehandlung?

Wir erstatten 100% der Kosten für

- allgemeine,
- konservierende und
- chirurgische Leistungen,

- Röntgenleistungen,
- Parodontosebehandlung sowie
- Untersuchungen und Beratungen.

4. Was erstatten wir für Kieferorthopädie?

Wir erstatten 100% der Kosten für Kieferorthopädie, wenn der Versicherte

- die Behandlung vor dem 18. Geburtstag beginnt oder
- nach Abschluss des Vertrages einen ➤Unfall erleidet und deshalb behandelt werden muss.

Wir erstatten auch funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Kieferorthopädie anfallen.

5. Was erstatten wir für Zahn-Prophylaxe?

Wir erstatten 100% der Kosten für Zahn-Prophylaxe bis zu 100 € pro Kalenderjahr.

Dabei erstatten wir folgende Behandlungen, die nach ➤GOZ berechnet sind:

- das Entfernen der harten und weichen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- die Reinigung der Zahnzwischenräume,
- das Entfernen des Biofilms,
- die Oberflächenpolitur,
- die Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen,
- das Erstellen eines Mundhygienestatus,
- die Unterweisung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von Fissuren und
- die Behandlung von überempfindlichen Zähnen.

6. Welchen Betrag erhalten Sie höchstens für alle versicherten Leistungen?

Für jeden Versicherten erhalten Sie aus diesem Tarif höchstens einen Leistungsbetrag in Höhe von insgesamt 1.500 € je Kalenderjahr. Kosten, die darüber hinausgehen, tragen Sie selbst.

Unsere Leistungen ordnen wir dabei dem Kalenderjahr zu, in dem die Behandlung stattfand.

Wechselt der Versicherte unterjährig aus einem anderen Hi.Germany-Zahn-Tarif in diesen Tarif, rechnen wir die Leistungen, die wir im bisherigen Tarif für dieses Kalenderjahr bereits erbracht haben, auf den Höchstbetrag an.

7. Müssen Sie uns einen ➤Heil- und Kostenplan vorlegen?

Nein. Wenn Sie uns aber rechtzeitig vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorlegen,

- prüfen wir ihn und
- teilen Ihnen mit, ob und welche Kosten Sie selbst tragen müssen.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Gebührenordnung (GOÄ/GOZ)

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Heil- und Kostenplan

Ein Plan, in dem die Leistungen und Kosten einer bevorstehenden Behandlung durch den Zahnarzt dargestellt sind. Er klärt, inwieweit Kosten vom Patienten oder anderen Kostenträgern zu tragen sind.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.