

# Tarifblatt zum DA Direkt Gesundheitsschutz

in der Fassung vom 01.10.2024

**Dieses Tarifblatt ist Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den DA Direkt Gesundheitsschutz (AGB) in der Fassung vom 01.10.2024.**

## I. Budget-Leistungen\*

### Versicherungsleistungen

im Budget enthalten  
(100%-Erstattung innerhalb des  
gewählten jährlichen Budgets)

#### Erweiterte ambulante Vorsorgeuntersuchungen / individuelle Gesundheitsleistungen (iGeL) durch Ärzte

- Allgemeine Vorsorge
- Schwangerschafts-Vorsorge
- Krebs-Vorsorge
- Kinder- und Jugendlichen-Vorsorge
- Schutzimpfungen inkl. Reiseschutzimpfungen

✓  
✓  
✓  
✓  
✓

#### Seh- und Hörhilfen / augenchirurgische Maßnahmen

- Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte (je Versicherungsjahr)
- LASIK-/LASEK-OP oder refraktiver Linsenaustausch (einmalig für beide Augen)

Komfort	Premium	Premium Plus
100 EUR	200 EUR	300 EUR
200 EUR	300 EUR	500 EUR

#### Arzneimittel und Alternativmedizin (je Versicherungsjahr)

- Heilpraktikerbehandlungen und Naturheilverfahren durch Ärzte
- Osteopathische und chiropraktische Leistungen
- Arznei- und Verbandmittel (auch auf Privatrezept)
- Medizinisches Botulinumtoxin („Botox“) zur Schmerz- und Schweißbehandlung

Komfort	Premium	Premium Plus
200 EUR	300 EUR	500 EUR

#### Zuzahlungen

- Gesetzliche Zuzahlungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) V, z.B. Heil- und Hilfsmittel, stationäre Krankenhausbehandlungen
- Unterbringung und Verpflegung des Partners im Familienzimmer bei Entbindung

✓  
✓

#### Gesundheitsservices über unsere Kooperationspartner

✓

\* Bitte beachten Sie die Budgethöhen unter Ziffer II auf der zweiten Seite dieses Tarifblatts.

## II. Budgethöhen

Erstattungsbeträge in EUR

<b>Verfügbares Budget pro Versicherungsjahr</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Premium Plus</b>
Verfügbares Budget im ersten Versicherungsjahr	500	600	1.200
Verfügbares Budget im zweiten Versicherungsjahr	600	800	1.600
Verfügbares Budget ab dem dritten Versicherungsjahr	700	1.000	2.000

## III. Versicherungsbeiträge

Angaben in Monatsbeiträgen in EUR

<b>Altersstufe</b>	<b>Komfort</b>	<b>Premium</b>	<b>Premium Plus</b>
0-20 Jahre	16,90	19,90	26,90
21-30 Jahre	16,90	19,90	26,90
31-40 Jahre	25,90	29,90	39,90
41-50 Jahre	34,90	39,90	49,90
51-60 Jahre	39,90	44,90	54,90
61-70 Jahre	39,90	44,90	54,90
Ab 71 Jahre	39,90	44,90	54,90

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersstufen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgenden Monats an der für diese Altersstufe gültige Beitrag zu zahlen.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Gesundheitsschutz der DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft (AGB)

Stand: 01.10.2024

## Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsschutz
2. Versicherungsfall
3. Leistungsumfang
4. Wartezeiten
5. Laufzeit, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
6. Leistungsausschlüsse
7. Auszahlung der Versicherungsleistungen
8. Beiträge
9. Anpassung der Beiträge
10. Anpassung der Versicherungsbedingungen
11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen
12. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
13. Willenserklärungen und Anzeigen
14. Anwendbares Recht und Gerichtsstand
15. Verjährung

**DA Deutsche Allgemeine  
Versicherung Aktiengesellschaft**

**Sitz der Gesellschaft**  
Frankfurt am Main  
**Amtsgericht** Frankfurt am Main  
(HRB 112118)  
**Aufsichtsratsvorsitzender**  
Dr. Carsten Schildknecht  
**Vorstand** Peter Stockhorst (Vors.),  
René Billing, Michael Reuter,  
Martin Schmidt-Schön

**Angaben zur Umsatzsteuer**  
UStID-Nr. DE 811493175  
Versicherungsbeiträge sind  
umsatzsteuerfrei  
Vers.St-Nr. 807/V90807001512  
**Bankverbindung**  
Deutsche Bank AG, Frankfurt am Main  
IBAN: DE62 5007 0010 0094 0684 02  
BIC: DEUTDEFFXXX

## 1. Versicherungsschutz

Die Tariflinie DA Direkt Gesundheitsschutz ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den eventuell späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen, den Versicherungsbedingungen inklusive Tarifblatt und Anhang sowie den gesetzlichen Vorschriften.

### 1.1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

### 1.2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

GKV-Versicherten stehen im Folgenden Empfänger freier Heilfürsorge gleich. An die Vorleistung der GKV tritt in diesem Fall die Vorleistung der freien Heilfürsorge.

Fällt die vorgenannte Eigenschaft weg, endet die Versicherung nach diesen Versicherungsbedingungen zum Zeitpunkt des Wegfalls.

Je versicherter Person kann nur eine der Tarifstufen vereinbart werden.

### 1.3 Geltungsbereich

Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.

Allerdings bleiben wir bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland wird die Versicherung unter Berücksichtigung des vorgenannten Absatzes ohne besondere Vereinbarung fortgeführt, wenn die versicherte Person weiterhin in der deutschen GKV versichert ist. Andernfalls endet die Versicherung nach Ziffer 1.2.

## 2. Versicherungsfall

Im Versicherungsfall ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen in Höhe des Leistungsumfanges des gewählten Tarifes.

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

Als Versicherungsfall gelten neben den ambulanten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen, auch Schutzimpfung sowie die sonstigen unter Ziffer 3.3 aufgeführten ambulanten Leistungen.

Ein Unfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

## 3. Leistungsumfang

Zusammen mit der Vorleistung der GKV oder anderer Kostenträger ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen in Höhe des vereinbarten Leistungsumfanges, maximal jedoch 100 % des Rechnungsbetrages.

### 3.1 Vorleistungen der GKV oder anderer Kostenträger

Leistungen, die eine GKV oder ein anderer Kostenträger für den Versicherungsfall erbringt, sind Vorleistungen. Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Bitte nehmen Sie zuerst diese in Anspruch, damit Sie insgesamt eine höchstmögliche Erstattung – maximal bis zum vollen Rechnungsbetrag – erreichen.

Als Vorleistung gilt auch ein für die versicherte Person mit der GKV nach § 53 SGB V vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt).

## 3.2 Versicherungsleistungen

### Erstattungsfähigkeit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer ambulanten Behandlung. Zudem sind Aufwendungen für die gesetzlichen Zuzahlungen im Rahmen einer stationären Behandlung sowie das Familienzimmer bei Entbindung erstattungsfähig.

### Erstattungshöhe (Leistungsumfang)

Zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers ersetzen wir im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen innerhalb des Budgets (s. Tarifblatt).

### Anerkannte Behandler

Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den approbierten Ärzten frei.

Darüber hinaus steht der versicherten Person die Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei.

Osteopathische Leistungen (s. Ziffer 3.3.4) müssen von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Arzt, einem Physiotherapeuten oder einem sonstigen Leistungserbringer durchgeführt werden, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

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

Im Ausland können die im jeweiligen Land zur ärztlichen Behandlung zugelassenen Ärzte in Anspruch genommen werden.

### Arznei- und Verbandmittel

Die Arznei- oder Verbandmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet worden sein. Das Arzneimittel muss zugelassen, aus einer Apotheke bezogen worden und ein Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes sein.

### Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

### Gebührenrahmen

Ärztliche Leistungen müssen bei ambulanten Behandlungen in Deutschland nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden und sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen GOÄ erstattungsfähig.

Behandlungen durch Heilpraktiker in Deutschland müssen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet werden und sind bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen GebüH erstattungsfähig.

Bei osteopathischen Leistungen finden die entsprechenden Abrechnungsvorschriften Anwendung.

## 3.3 Ambulante Leistungen (Budget-Leistungen)

Wir ersetzen die nach Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen im tariflichen Rahmen (s. Tarifblatt).

### 3.3.1 Erweiterte ambulante Vorsorgeuntersuchungen / individuelle Gesundheitsleistungen (iGeL) durch Ärzte

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen

im Rahmen der **allgemeinen Vorsorge**:

- Glaukomvorsorge (grüner Star)
- Großer Gesundheits-Check
- Hirnleistungs-Check
- HIV-Test
- Lungen-Check / Lungenfunktionstest
- Osteoporosevorsorge per Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
- Schilddrüsenvorsorge
- Schlaganfallvorsorge

- Sono-Check (Sonografie-Ultraschall der inneren Organe)
- Hauttypbestimmung inklusive Hautfunktionstest
- Magenvorsorge per Helicobacter-Pylori-Test
- Prostatavorsorge (PSA-Test)

im Rahmen der **Schwangerschafts-Vorsorge**:

- Triple-Test
- Zusätzliche Sonografie
- Toxoplasmose-Test
- Zytomegalie-Test
- Ersttrimester-Screening (Nackentransparenzmessung)
- Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese und FISH-Schnelltest)

im Rahmen der **Krebs-Vorsorge**:

- Brustkrebsvorsorge per Mammografie
- Brustkrebsvorsorge per Ultraschall
- Darmkrebsvorsorge per Stuhltest und Darmspiegelung
- Große erweiterte Krebsvorsorge für die Frau
- Große erweiterte Krebsvorsorge für den Mann
- Hautkrebsvorsorge inklusive Video-Dermatoskopie

Im Rahmen der **Kinder- und Jugendlichen-Vorsorge**:

- Augen-Check
- Gehör-Check
- J2-Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche
- Schielforsorge
- U6a-Vorsorgeuntersuchungen
- U9a-Vorsorgeuntersuchungen
- U9b-Vorsorgeuntersuchungen

### 3.3.2 Schutzimpfungen inkl. Reiseschutzimpfungen

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen alle von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen inkl. Reiseschutzimpfungen (Impfstoffe und Verabreichung).

Darüber hinaus zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen auch Schutzimpfungen gegen beispielsweise folgende Erkrankungen:

- FSME (Zecken)
- Gelbfieber
- Cholera
- Tollwut
- Typhus
- Hepatitis und Japanische Enzephalitis
- Meningokokken (alle Serogruppen) sowie
- Malaria-Prophylaxe.

### 3.3.3 Seh- und Hörhilfen / augenchirurgische Maßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zum genannten Höchstbetrag (s. Tarifblatt).

Als **Sehhilfen** gelten:

- Brillengestelle und -gläser (dazu zählen auch Sonnenbrillen) mit Sehstärke
- Kontaktlinsen mit Sehstärke
- Bildschirmarbeitsplatzbrillen

einschließlich der Kosten für die Sehstärken-Bestimmung

Ebenfalls erstattungsfähig sind Brillenreparaturen.

Bitte reichen Sie uns die Rechnung des Optikers unter Angabe der Dioptrienwerte ein. Eine Verordnung des Augenarztes ist nicht erforderlich.

Als **Hörhilfen** gelten sämtliche technische Hilfsmittel, die zum Ausgleich oder der Milderung einer Schwerhörigkeit dienlich sind.

Neben den gesetzlichen Zuzahlungen nach § 33 Abs. 8 SGB V (s. Ziffer 3.3.5) sind auch die Mehrkosten für Hörhilfen außerhalb der gesetzlich vorgesehenen Standardversorgung erstattungsfähig.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen auch die Kosten für Reparatur und Wartung der Hörhilfen sowie die Einweisung in den Gebrauch.

Als **augenchirurgische Maßnahmen** gelten die refraktive Chirurgie (z.B. refraktiver Linsenaustausch) sowie Laserverfahren (z.B. LASEK, LASIK) mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit, einschließlich der notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen.

### 3.3.4 Arzneimittel und Alternativmedizin

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zum genannten Höchstbetrag (s. Tarifblatt).

Dazu zählen:

- Untersuchungen und Behandlungen durch **Heilpraktiker** nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung bis zu den darin aufgeführten Höchstsätzen. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.
- **Naturheilverfahren durch Ärzte** für im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführte Untersuchungen und Behandlungen in der jeweils gültigen Fassung. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.
- **Osteopathische und chiropraktische Leistungen**, sofern diese medizinisch anerkannt sind, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und von einem Arzt verordnet wurden.
- **Arznei- und Verbandmittel**, sofern diese auf Privatrezept („blaues Rezept“) verordnet wurden oder lediglich eine ärztliche Empfehlung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel („grünes Rezept“) vorliegt. Arznei- und Verbandmittel sind erstattungsfähig, sofern diese zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen medizinisch notwendig sind. Die gesetzlichen Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGBV für Arznei- und Verbandmittel werden nach Ziffer 3.3.5 erstattet.
- **Medizinisches „Botox“** zur Schmerz- oder Schweißbehandlung, sofern diese ärztlich durchgeführt und nach der GOA abgerechnet wird.

### 3.3.5 Zuzahlungen

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen die nachfolgend genannten **gesetzlichen Zuzahlungen**, die die versicherte Person nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung zu tragen hat:

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V)
- Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V Abs. 5)
- Stationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
- Medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V)
- Fahrtkosten (§ 60 SGB V)
- Stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Darüber hinaus zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen die Zuzahlungen für die Unterbringung und Verpflegung des Partners der versicherten Person im **Familienzimmer** bei stationärer Entbindung. Die versicherte Person muss die Entbindende sein.

### 3.3.6 Gesundheitsservices über unsere Kooperationspartner

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Gesundheitsservices, die von unseren Kooperationspartnern in Rechnung gestellt werden. Eine aktuelle Übersicht der angebotenen Gesundheitsservices findet sich im Kundenkonto.

## 3.4 Leistungsbegrenzungen

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen des jährlich vereinbarten Budgets (s. Ziffer II im Tarifblatt).

Nicht voll ausgeschöpftes Budget kann nicht in darauffolgende Versicherungsjahre übertragen werden.

Für die erstattungsfähigen Aufwendungen für Seh- und Hörhilfen / augenchirurgische Maßnahmen (s. Ziffer 3.3.3) sowie für Aufwendungen für Arzneimittel und Alternativmedizin (s. Ziffer 3.3.4) gelten besondere Höchstbeträge (s. Tarifblatt).

## 4. Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht.

## 5. Laufzeit, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

### 5.1 Vertragslaufzeit und Mindestvertragsdauer

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Gemäß Ziffer 5.4 kann der Versicherungsvertrag innerhalb der Mindestvertragslaufzeit ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden, sofern bisher keine Leistungen in Anspruch genommen worden sind.

### 5.2 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt für die versicherte Person mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach Ablauf von 12 Monaten. Jedes weitere Versicherungsjahr umfasst ebenfalls einen Zeitraum von 12 Monaten.

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses (z.B. Tarifwechsel) bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

### 5.3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, insbesondere dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Diese Regelung gilt auch entsprechend bei Vertragsänderungen. Das heißt, bei Vertragsänderungen gelten hinzukommende Versicherungsleistungen oder ein erhöhter Leistungsumfang nur für nach Beginn der Vertragsänderung eingetretene Versicherungsfälle.

Im Falle der Kindernachversicherung im Sinne von § 198 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gilt eine Mindestversicherungsdauer eines Elternteils von 3 Monaten.

### 5.4 Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer

Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats in Textform zu kündigen.

Innerhalb der Mindestvertragslaufzeit können Sie den Vertragsteil für die versicherte Person ebenfalls ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats kündigen, sofern Sie für die versicherte Person bis zum Kündigungszeitpunkt keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Kündigen Sie den Vertrag für eine versicherte Person innerhalb der Mindestvertragslaufzeit, verzichten Sie damit auf eine Erstattung von Leistungen für diese Person für deren gesamte Vertragslaufzeit.

Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für eine versicherte Person, hat die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, maßgeblich.

Sind mehrere Personen in einem Vertrag versichert, so können Sie Ihre Kündigung auch auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.

### 5.5 Kündigung des Versicherungsvertrages durch uns

Wir verzichten auf unser Recht, den Versicherungsvertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

## 5.6 Beendigung des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet für eine versicherte Person mit Wegfall ihrer Versicherungsfähigkeit (s. Ziffer 1.2).

Der Versicherungsvertrag endet auch, wenn Sie versterben. Die versicherte Person hat dann das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod in Textform abzugeben.

Bei Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag in Bezug auf diese versicherte Person.

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – der Versicherungsschutz.

## 6. Leistungsausschlüsse

### 6.1 Heilbehandlungsmaßnahmen mit vor Vertragsschluss feststehender Notwendigkeit

Wir ersetzen keine Aufwendungen für:

- Heilbehandlungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person oder Ihnen bereits vor Vertragsschluss bekannt war bzw. die vor Vertragsschluss ärztlich angeraten oder bereits begonnen wurden

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Vertragsänderungen.

### 6.2 Sonstige Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Aufwendungen für Heilbehandlungsmaßnahmen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen oder für Maßnahmen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen; in diesen Fällen können wir unsere Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen
- Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen
- Von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen
- Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen erstatten wir tarifgemäß
- Solche Mittel, die der individuellen Lebensführung der versicherten Person dienen wie z.B. Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion oder Potenzsteigerung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung, Badezusätze und Desinfektionsmittel. Unabhängig davon sind kosmetische Mittel, Nähr- und Stärkungsmittel, Vitaminpräparate sowie Mittel zur Gewichtsreduktion nicht erstattungsfähig
- „Botox“-Behandlungen aus kosmetisch-ästhetischen Gründen wie z.B. Faltenbekämpfung
- Durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen. Wird die versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht und kann das betroffene Gebiet aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht verlassen, besteht Versicherungsschutz so lange, bis die Ausreise möglich ist. Ein Kriegsereignis tritt dann überraschend ein, wenn vor Beginn der Reise keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt für das betroffene Reisegebiet bestand. Terroristische Anschläge gelten nicht als Kriegsereignisse.

## 7. Auszahlung der Versicherungsleistungen

### 7.1 Nachweise

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind. Diese werden unser Eigentum.

### 7.2 Fälligkeit der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald der Versicherungsfall und der Umfang der Versicherungsleistungen durch uns festgestellt wurden. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

### 7.3 Empfangsberechtigte Person

Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.

### 7.4 Überweisungs-/Übersetzungskosten

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Mehrkosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können von den Versicherungsleistungen abgezogen werden.

### 7.5 Abtretung und Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet oder ohne unsere Zustimmung abgetreten werden.

### 7.6 Zeitliche Zurechnung

Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden.

Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und Rechnungseinreichung bei uns sind für die zeitliche Zurechnung nicht maßgebend.

## 8. Beiträge

### 8.1 Berechnung der Beiträge

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

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersstufen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person.

Erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgenden Monats an der für diese Altersstufe gültige Beitrag zu zahlen.

Die Versicherungsbeiträge der Altersstaffelung (Altersstufen) können Sie Ziffer III des ihrem Vertrag zugrundeliegenden Tarifblatts entnehmen.

### 8.2 Zahlungsart

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Der Beitrag wird durch Lastschriftverfahren von uns von einem deutschen Konto eingezogen. Widerruft der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf ein von uns angegebenes deutsches Konto zu zahlen.

Ist der Einzug der Beiträge im Lastschriftverfahren vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen, können wir die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einzugsversuchen sind wir bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.

### 8.3 Fälligkeit des Erstbeitrages

Der Erstbeitrag wird mit Zugang des Versicherungsscheines fällig, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

### 8.4 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

Solange der fällige Erstbeitrag nicht gezahlt ist, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten.

In diesem Fall können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Ist der fällige Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Erstbeitrages aufmerksam gemacht haben, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

### 8.5 Fälligkeit der Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode fällig und zu entrichten.

### 8.6 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, werden wir Sie auffordern, den rückständigen Folgebeitrag innerhalb von zwei Wochen ab Zugang des Aufforderungsschreibens zu zahlen. Wir sind berechtigt, die im Zusammenhang mit der Mahnung entstandenen Kosten geltend zu machen.

Wir bleiben jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Sind Sie mit der Zahlung des Folgebeitrags nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist noch in Verzug, können wir den Vertrag mit sofortiger Wirkung außerordentlich kündigen. Unsere Kündigung wird unwirksam, wenn Sie sämtliche bereits fälligen Folgebeiträge innerhalb eines Monats ab Zugang des Kündigungsschreibens zahlen.

Für Versicherungsfälle, die in der Zeit nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist bis zur Zahlung eintreten, besteht kein Versicherungsschutz.

## 9. Anpassung der Beiträge

Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich, z.B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen, ändern.

Dementsprechend vergleichen wir jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, werden alle Beiträge für diese Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent können alle Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden.

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

Die Änderung der Beiträge werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Erhöht sich Ihr Beitrag, können Sie den Versicherungsvertrag in jedem Fall innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

## 10. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen.

Die Änderungen von Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Ist eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Versicherungsvertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Im Falle von Änderungen der Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt werden die neuen Regelungen zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neuen Regelungen unter Angabe der maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.

## 11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

### 11.1 Obliegenheiten

#### 11.1.1 Anzeige Wegfall Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen.

#### 11.1.2 Mitteilung zu weiteren Krankenzusatzversicherungen

Jeder Abschluss einer weiteren Versicherung für die versicherte

Person mit Kostenerstattung von ambulanten Behandlungen in Deutschland ist uns unverzüglich mitzuteilen.

### 11.1.3 Schadenminderung

Die versicherte Person hat nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind oder ihr entgegenstehen.

### 11.1.4 Auskünfte und Nachweise

Auf unser Verlangen haben Sie uns alle Auskünfte zu erteilen und alle Nachweise zu erbringen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind.

Sie haben uns stets sämtliche Belege mit Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers vorzulegen. Aus den Belegen müssen sich Vor- und Zunahme der versicherten Person, die jeweiligen Behandlungs- oder Bezugsdaten, die durchgeführten Leistungen sowie die Höhe der Vorleistung ergeben. Die Rechnungen müssen den Vorgaben der GOA bzw. des GebuH entsprechen.

Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn alle von uns geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können uns sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Auf unser Verlangen haben Sie uns die Nachweise im Original einzureichen. Die Belege gehen in unser Eigentum über.

### 11.1.5 Ärztliche Untersuchung

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte, Apotheker, Heilpraktiker oder Angehörige eines anderen Heilberufs von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Die Untersuchung beschränkt sich in jedem Fall auf die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht konkret in Frage stehende Heilbehandlungsmaßnahme.

## 11.2 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Ziffern 11.1.2 - 11.1.5 werden wir mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Wird die in Ziffer 11.1.2 genannte Obliegenheit verletzt, so können wir das Versicherungsverhältnis zudem, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG, innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

## 12. Obliegenheiten und Folgen von Verletzungen der Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

### 12.1 Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten

Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an uns schriftlich abzutreten.

### 12.2 Pflicht zur Mitwirkung

Sie und die versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen Sie geltende Form- und Fristvorschriften beachten und uns bei der Durchsetzung der Ansprüche, soweit erforderlich, unterstützen.

### 12.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Ziffer 12.1 bzw. 12.2 werden wir mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit wir infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können.

### 12.4 Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer

Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, gelten die Ziffern 12.1 bis 12.3 entsprechend.

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

## 13. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Textform (z.B. per E-Mail oder Brief).

## 14. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für alle Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht, in dessen Bezirk Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, zuständig oder bei Klagen gegen uns auch wahlweise das Gericht an unserem Geschäftssitz.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Geschäftssitz zuständig.

## 15. Verjährung

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren.

Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Berechtigte Kenntnis von den Umständen, die den Anspruch begründen, erlangt hat, bzw. ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen können.

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.