Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Vorsorgetarif MediGroup V

(Stand: 01.04.2022)

§ 1
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für die in § 5 aufgeführten ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeleistungen. Er ersetzt die hierfür entstehenden Aufwendungen in dem Umfang und in der Höhe, die in § 5 Abs. 1 bis 5 festgelegt sind. Für die Durchführung der Vorsorgeleistungen können alle niedergelassenen approbierten Ärzte und Zahnärzte in Anspruch genommen werden.

2. Versicherungsfähig sind nur Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland und Tarif MediGroup V im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben (vgl. auch § 13).

   Bei Ausscheiden aus dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediGroup V zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages unverzüglich zu unterrichten.

3. Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht überschritten haben, sind nur in Verbindung mit mindestens einem Elternteil versicherungsfähig.

4. Aufnahmefähig sind nur Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.

5. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antrag, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

6. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

§ 2
Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. im Antrag bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Für Vorsorgeleistungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes erbracht wurden, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages erbrachte Vorsorgeleistungen sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

2. Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheins zustande. Wird der Abschluss des Versicherungsvertrages auf dem vom Versicherer speziell hierfür vorgesehenen Antrag ordnungsgemäß beantragt (maßgebend ist das Datum des Poststempels), gilt der Versicherungsvertrag als geschlossen und der Beitrag als bezahlt, sofern ein SEPA-Lastschriftmandat abgegeben wird, aufgrund dessen ein ordnungsgemäßer Einzug des Erstbeitrages erfolgt. Als Versicherungsschein gilt auch die Kopie/Durchschrift des Antrags oder eine entsprechende schriftliche Bestätigung des Versicherers.

3. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens zwei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.

4. Abweichend von Abs. 3 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von zwei Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

5. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 3
Wartezeit

Wartezeiten sind nicht einzuhalten.

215785 - 04.2022

§ 4
Vertragsdauer und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsvertrag wird für die zwei ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer in Textform (vgl. § 14) oder den Versicherer schriftlich zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

2. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt.

3. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch dann, wenn eine Vorsorgeleistung gemäß § 5 vorher schon begonnen wurde und noch nicht beendet ist.

§ 5
Umfang der Leistungspflicht

		GOÄ Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
1.	**Leistungen ab Geburt**		
a)	Neugeborenen-Hör-Check einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate		
	- Beratung	3	2,3
	- Messung akustischer Signale	1409	2,3
b)	Hör-Check für Kinder und Jugendliche einmalig bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und einmalig zwischen dem 7. und vollendeten 15. Lebensjahr		
	- Beratung	1	2,3
	- Tonschwellenaudiometrie	1403	2,3
c)	Schielvorsorge für Kinder einmalig bis zum vollendeten 3. Lebensjahr und einmalig zwischen dem 4. und vollendeten 6. Lebensjahr		
	- Beratung	3	2,3
	- subjektive Refraktionsbestimmung	1200	2,3
	- objektive Refraktionsbestimmung	1202	2,3
	- Untersuchung Heterophorie	1216	2,3
d)	Augen-Check für Kinder und Jugendliche einmalig zwischen dem 7. und vollendeten 15. Lebensjahr		
	- Beratung	1	2,3
	- subjektive Refraktionsbestimmung	1200	2,3
	- objektive Refraktionsbestimmung	1202	2,3
e)	Kindervorsorge "U9a" einmalig im 8. Lebensjahr	26	2,3
f)	Kindervorsorge "U9b" einmalig im 10. Lebensjahr	26	2,3
g)	Jugendlichenvorsorge "J2" einmalig zwischen dem 14. und vollendeten 16. Lebensjahr	26	2,3

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

		GOÄ Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
h)	Hauttypbestimmung inklusive Sonnenlichtberatung einmalig		
	- Beratung	3	2,3
	- vegetative Funktionsdiagnostik	831	2,3
	- UV-Erythemschwelle	761	2,3
2.	**Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr**		
a)	Individuelle Zahnprophylaxe einmalig innerhalb von 1 Jahr Höchsterstattungsbetrag: 75 EUR		
b)	Hautkrebsvorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	1	2,3
	- Untersuchung	7	2,3
	- Auflichtmikroskopie	750	2,3
c)	Helicobacter-pylori-Test (Verursacher von Magengeschwüren und verschiedenen Magenkrebsformen) zweimalig		
	- C-Harnstoff-Atemtest	A617	1,8
	- Testset		
d)	Lifestyle-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren bis zum vollendeten 35. Lebensjahr		
	- Beratung	1	2,3
	- Untersuchung Ganzkörperstatus (BMI, Verhältnis Taillen-/ Hüftumfang, Blutdruck)	8	2,3
	- Blutentnahme	250	1,8
	- HbA1 C	3561	1,15
	- Gesamt-Cholesterin	3562.H1	1,15
	- HDL	3563.H1	1,15
	- LDL	3564.H1	1,15
	- Gesamt-Triglyceride	3565.H1	1,15
	- Harnsäure	3583.H1	1,15
	- Gamma-GT	3592.H1	1,15
e)	Schilddrüsen-Check alle 2 Jahre		
	- Beratung	1	2,3
	- Ultraschall der Schilddrüse	417	2,3
	- Blutentnahme	250	1,8
	- TSH	4030	1,15
f)	Zusätzlich bei einer Schwangerschaft Ultraschalluntersuchung des Fötus (6. - 8. Schwangerschaftswoche) einmalig bei einer Schwangerschaft		
	- Beratung	3	2,3
	- Ultraschall	415	2,3

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

		GOÄ Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
g)	Triple-Test		
	einmalig bei einer Schwangerschaft		
	- AFP	3743	1,15
	- Choriongonadotropin	4024	1,15
	- Östriol	4027	1,15
3.	**Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr**		
a)	Großer Gesundheits-Check		
	einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Untersuchung zur Früherkennung	29	2,3
	- Belastungs-EKG	652	2,3
	- Blutentnahme	250	1,8
	- BSG	3501	1,15
	- Blutbild	3550	1,15
	- Differentialblutbild	3551	1,15
	- Triglyceride	3565.H1	1,15
	- Cholesterin	3562.H1	1,15
	- HDL	3563.H1	1,15
	- LDL	3564.H1	1,15
	- Kreatinin	3585.H1	1,15
	- Gamma-GT	3592.H1	1,15
	- GPT	3595.H1	1,15
	- GOT	3594.H1	1,15
	- Harnsäure	3583.H1	1,15
b)	Ergänzende Krebsvorsorge für Frauen		
	einmalig innerhalb von 2 Jahren		
	- Mammographie (bis Alter 49) oder	2x5266	1,8
	US-Brustdrüse (bis Alter 49, alternativ zu Mammographie)	2x418	1,8
	- Utraschall	410	2,3
	- weitere Ultraschall	3x420	2,3
	- transvaginal Ultraschall	403	1,8
	- Blutentnahme	250	1,8
	- Blutbild	3550	1,15
	- Differentialblutbild	3551	1,15
4.	**Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr**		
a)	Ergänzende Krebsvorsorge für Männer		
	einmalig innerhalb von 2 Jahren		
	- Ultraschall	410	2,3
	- weitere Ultraschall	3x420	2,3
	- transrektal Ultraschall	403	1,8
	- Blutentnahme	250	1,8
	- Blutbild	3550	1,15
	- Differentialblutbild	3551	1,15
	- PSA	3908.H3	1,15
b)	Grüner-Star-Vorsorge		
	einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	3	2,3
	- Augenhintergrund	1242	2,3
	- tonometrische Untersuchung	1256	1,8

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

		GOÄ Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
c)	Osteoporose-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	3	2,3
	- CT, Osteodensitometrie	5380	1,8
5.	**Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr**		
a)	Schlaganfall-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	3	2,3
	- Untersuchung des Strömungs-verhaltens	645	1,8
b)	Hirnleistungs-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	3	2,3
	- orientierende Testuntersuchung	857	2,3

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

§ 6
Auszahlung der Versicherungsleisungen

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

2. Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zuname der behandelten Person, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der GOÄ.

3. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

4. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7
Beitragszahlung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.

2. Von dem auf die Vollendung des 18., 35., 45. und 55. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

3. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

4. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 3 und 4 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.

5. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist bei Antragstellung bzw. spätestens bei Abschluss

des Versicherungsvertrages zahlbar. Die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats, aufgrund dessen ein ordnungsgemäßer Einzug des Beitrages erfolgt, gilt als Zahlung (vgl. § 2 Abs. 2).

6. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

7. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der vom Versicherer geltend gemachten Mahnkosten verpflichtet.

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

9. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8
Beitragsanpassung

1. Der Versicherer ist berechtigt, die Beiträge zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen die kalkulierten Versicherungsleistungen übersteigen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so wird der Beitrag vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

2. Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9
Obliegenheiten/Folgen bei Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Festlegung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

2. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

3. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 9 Abs. 1 genannte Obliegenheit verletzt wird.

§ 10
Aufrechnung

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

§ 11
Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ende der beiden ersten Versicherungsjahre, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

3. Erhöht sich der Beitrag wegen Erreichen eines bestimmten Lebensalters gemäß § 7 Abs. 2, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen.

4. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel in § 8 oder verändert er den in § 5 beschriebenen Umfang seiner Leistungspflicht gemäß § 16, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Er kann in jedem Fall bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

5. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 12
Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der beiden ersten Versicherungsjahre, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 13
Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3. Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit (vgl. § 1 Abs. 2), nicht jedoch durch Vollendung des 65. Lebensjahres.

4. Das Versicherungsverhältnis endet bei Kündigung oder Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

§ 14
Willenserklärung und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 15
Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 16
Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
Zu den nicht nur vorübergehenden Veränderungen der Verhältnisse des Gesundheitswesens gehören insbesondere Änderungen der GOÄ, des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) als

Gebührenordnung für Kassenärzte in Bezug auf Abrechnungen gegenüber der GKV sowie Erweiterungen oder Einschränkungen des Leistungsspektrums der GKV.

2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

3. Bei Erweiterungen des Leistungsspektrums der GKV im Sinne von Abs. 1 kann eine medizinisch nicht sinnvolle Mehrfachabsicherung entstehen. In diesem Fall können solche mehrfach abgesicherten Leistungen aus dem Vorsorgetarif herausgenommen und die Beiträge entsprechend angepasst oder anstelle der alten Leistungen neue aufgenommen werden. Bei Einschränkungen des Leistungsspektrums der GKV im Sinne von Abs. 1 kann ein medizinisch sinnvoller Versicherungsbedarf entstehen. In diesem Fall können solche Leistungen in den Tarif hereingenommen und die Beiträge entsprechend angepasst werden.

4. Eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist nur zulässig, wenn das bei Vertragsabschluss vereinbarte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist oder wenn sie der Aufrechterhaltung des Gegenstandes der Versicherung im Sinne von § 1 Abs. 1 dient.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14
Fälligkeit der Geldleistung

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

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls 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 Leis-

tung 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.

Leistungsverzeichnis des Gothaer Vorsorgetarifs
Zur Vorlage bei Ihrem Arzt - einfach heraustrennen!

Auf den Rechnungen sind neben der GOÄ-Ziffer* und dem GOÄ-Steigerungssatz die Bezeichnung/der Name der Leistungsziffer sowie Name und Geburtsdatum der behandelten Person anzugeben.

		GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
1.	**Leistungen ab Geburt**		
a)	Neugeborenen-Hör-Check einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate		
	- Beratung	3	2,3
	- Messung akustischer Signale	1409	2,3
b)	Hör-Check für Kinder und Jugendliche einmalig bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und einmalig zwischen dem 7. und vollendeten 15. Lebensjahr		
	- Beratung	1	2,3
	- Tonschwellenaudiometrie	1403	2,3
c)	Schielvorsorge für Kinder einmalig bis zum vollendeten 3. Lebensjahr und einmalig zwischen dem 4. und vollendeten 6. Lebensjahr		
	- Beratung	3	2,3
	- subjektive Refraktionsbestimmung	1200	2,3
	- objektive Refraktionsbestimmung	1202	2,3
	- Untersuchung Heterophorie	1216	2,3
d)	Augen-Check für Kinder und Jugendliche einmalig zwischen dem 7. und vollendeten 15. Lebensjahr		
	- Beratung	1	2,3
	- subjektive Refraktionsbestimmung	1200	2,3
	- objektive Refraktionsbestimmung	1202	2,3
e)	Kindervorsorge "U9a" einmalig im 8. Lebensjahr	26	2,3
f)	Kindervorsorge "U9b" einmalig im 10. Lebensjahr	26	2,3
g)	Jugendlichenvorsorge "J2" einmalig zwischen dem 14. und vollendeten 16. Lebensjahr	26	2,3
h)	Hauttypbestimmung inklusive Sonnenlichtberatung einmalig		
	- Beratung	3	2,3
	- vegetative Funktionsdiagnostik	831	2,3
	- UV-Erythemschwelle	761	2,3

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

		GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
2.	**Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr**		
a)	Individuelle Zahnprophylaxe einmalig innerhalb von 1 Jahr Höchsterstattungsbetrag: 75 Euro		
b)	Hautkrebsvorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	1	2,3
	- Untersuchung	7	2,3
	- Auflichtmikroskopie	750	2,3
c)	Helicobacter-pylori-Test (Verursacher von Magengeschwüren und verschiedenen Magenkrebsformen) zweimalig		
	- C-Harnstoff-Atemtest	A617	1,8
	- Testset		
d)	Lifestyle-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren bis zum vollendeten 35. Lebensjahr		
	- Beratung	1	2,3
	- Untersuchung Ganzkörperstatus (BMI, Verhältnis Taillen-/Hüftumfang, Blutdruck)	8	2,3
	- Blutentnahme	250	1,8
	- HbA1 C	3561	1,15
	- Gesamt-Cholesterin	3562.H1	1,15
	- HDL	3563.H1	1,15
	- LDL	3564.H1	1,15
	- Gesamt-Triglyceride	3565.H1	1,15
	- Harnsäure	3583.H1	1,15
	- Gamma-GT	3592.H1	1,15
e)	Schilddrüsen-Check alle 2 Jahre		
	- Beratung	1	2,3
	- Ultraschall der Schilddrüse	417	2,3
	- Blutentnahme	250	1,8
	- TSH	4030	1,15
f)	Zusätzlich bei einer Schwangerschaft Ultraschalluntersuchung des Fötus (6. - 8. Schwangerschaftswoche) einmalig bei einer Schwangerschaft		
	- Beratung	3	2,3
	- Ultraschall	415	2,3
g)	Triple-Test einmalig bei einer Schwangerschaft		
	- AFP	3743	1,15
	- Choriongonadotropin	4024	1,15
	- Östriol	4027	1,15

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

		GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
3.	**Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr**		
a)	Großer Gesundheits-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Untersuchung zur Früherkennung	29	2,3
	- Belastungs-EKG	652	2,3
	- Blutentnahme	250	1,8
	- BSG	3501	1,15
	- Blutbild	3550	1,15
	- Differentialblutbild	3551	1,15
	- Triglyceride	3565.H1	1,15
	- Cholesterin	3562.H1	1,15
	- HDL	3563.H1	1,15
	- LDL	3564.H1	1,15
	- Kreatinin	3585.H1	1,15
	- Gamma-GT	3592.H1	1,15
	- GPT	3595.H1	1,15
	- GOT	3594.H1	1,15
	- Harnsäure	3583.H1	1,15
b)	Ergänzende Krebsvorsorge für Frauen einmalig innerhalb von 2 Jahren		
	- Mammographie (bis Alter 49) oder	2x5266	1,8
	US-Brustdrüse (bis Alter 49, alternativ zu Mammographie)	2x418	1,8
	- Utraschall	410	2,3
	- weitere Ultraschall	3x420	2,3
	- transvaginal Ultraschall	403	1,8
	- Blutentnahme	250	1,8
	- Blutbild	3550	1,15
	- Differentialblutbild	3551	1,15
4.	**Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr**		
a)	Ergänzende Krebsvorsorge für Männer einmalig innerhalb von 2 Jahren		
	- Ultraschall	410	2,3
	- weitere Ultraschall	3x420	2,3
	- transrektal Ultraschall	403	1,8
	- Blutentnahme	250	1,8
	- Blutbild	3550	1,15
	- Differentialblutbild	3551	1,15
	- PSA	3908.H3	1,15
b)	Grüner-Star-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	3	2,3
	- Augenhintergrund	1242	2,3
	- tonometrische Untersuchung	1256	1,8
c)	Osteoporose-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	3	2,3
	- CT, Osteodensitometrie	5380	1,8

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

		GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
5.	**Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr**		
a)	Schlaganfall-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	3	2,3
	- Untersuchung des Strömungsverhaltens	645	1,8
b)	Hirnleistungs-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren		
	- Beratung	3	2,3
	- orientierende Testuntersuchung	857	2,3

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)