

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Version 01.2011

In diesem Druckstück:

Teil 1

CSS-Grundbedingungen für die Krankheitskosten-
und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung
der gesetzlichen Krankenversicherung

CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20,
9490 Vaduz, Liechtenstein.

Nachfolgend Versicherer genannt.

In gesonderten Druckstücken:

Teil 2

Tarif

Teil 1

CSS-Grundbedingungen für die Krankheitskosten-
und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung
der gesetzlichen Krankenversicherung

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3	Wartezeiten	2
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	3
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	4
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	4

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	4
§ 8a	Beitragsberechnung	5
§ 8b	Beitragsanpassung	5
§ 9	Obliegenheiten	5
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	6
§ 11	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheits- verletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	6
§ 12	Aufrechnung	6

Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	6
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	6
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	7

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	7
§ 17	Gerichtsstand	7
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	7

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	8
Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	10

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende Dienstleistungen. Er gewährt im Versicherungsfall
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen;
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Beitragszuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund eine Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die Entbindung (als Behandlung wegen Schwangerschaft gilt auch ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch);
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (CSS-Grundbedingungen mit Anhang, Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Maßgabe des Teils II dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen auf Heilbehandlungen in der Europäischen Union (nachfolgend EU genannt). Er kann durch Vereinbarung auf Länder außerhalb der EU ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der EU besteht bei unvorhergesehenen Krankheiten oder Notfällen auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über mehr als einen Monat ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der der EU oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versiche-

rungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

6. Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.
7. Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird keine Alterungsrückstellung gebildet.
8. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31. Dezember.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1–3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten unmittelbar ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils sein.
3. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten gelten vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten und Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern

eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung oder nach Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
5. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z. B. Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahr. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduzieren sich die Beträge für jeden nicht versicherten Monat um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit der Tarif nichts anderes bestimmt, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
3. Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
 - a) Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.
 - b) Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate, Vitaminpräparate, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. Ä. sowie vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandsmittel sowie Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird).
 - c) Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin durch dazu qualifizierte Personen, nicht jedoch Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.
 - d) Die erstattungsfähigen Hilfsmittel sind nachfolgend abschließend aufgeführt. Aufwendungen für den Betrieb (z. B. Batterien, Ladegeräte oder Reinigung) dieser Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig. Als kleine Hilfsmittel

gelten Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen und orthopädische Schuhe. Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Krankenfahrräder.

4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
 - a) Die Transportkosten mit einem je nach Lage des Falles angemessenen Transportmittel zum und vom Krankenhaus sind im Rahmen der im Tarif festgelegten Höchstsätze erstattungsfähig, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, diese ärztlich bescheinigt wird und öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden können. Die Transportkostenerstattung wird nach der Entfernung bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus berechnet.
 - b) Bei teilstationärer Krankenhausbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.
5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer sie vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versi-

- cherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, 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;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
 3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
 4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung (möglichst genaue Diagnose) der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum. Für die Erstattung der Kosten von Rücktransporten aus dem Ausland ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes mit vorzulegen. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und Bezeichnung der Krankheit. Die Nachweise sollen möglichst gesammelt je Krankheitsfall nach beendeter Heilbehandlung eingereicht werden.
2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG

(siehe Anhang).

3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese Person in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer Leistungen verlangen.
4. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausschuss ausgegeben worden, aufgrund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

1. 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. Werden die Beiträge oder Beitragsraten anders als im Lastschriftverfahren gezahlt, so erhöhen sie sich um einen Inkassozuschlag in Höhe von 3 Euro je zu leistender Zahlung.
2. Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 Abs. 4.
3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen zu zahlen.
4. 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.

5. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 in Verbindung mit § 194 Abs. 2 VVG (siehe 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 Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten, insbesondere die Kosten von Mahnschreiben, Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rücklaufgebühren, Rechtsanwalts- und Gerichtskosten, Kosten für Adressermittlung), werden in gesetzlich zulässiger Höhe in Rechnung gestellt.
6. 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 Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe 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.
7. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.
3. Bei Beitragsänderungen, auch durch Erreichen eines höheren Alters (vgl. § 8 Abs. 2), kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend

vergleicht der Versicherer jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen und Leistungshöchstgrenzen sowie Pauschalleistungen, Kurtagegelder oder Krankenhaustagegelder, die statt Kostenersatz oder bei Verzicht auf bestimmte Leistungen gewährt werden, angepasst werden. Ferner kann unter den gleichen Voraussetzungen ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen. Neben dem Fall des § 4 Abs. 5 sollte auch jede andere geplante Krankenhausbehandlung, die keine Notfallaufnahme ist, rechtzeitig vor ihrem Antritt angezeigt werden, damit der Versicherer seine Leistungspflicht – insbesondere die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung oder das mögliche Vorliegen einer gemischten Anstalt im Sinne des § 4 Abs. 5 – vorher prüfen und eine verbindliche Leistungszusage erteilen kann.
2. Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
6. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2–4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1–6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
4. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
5. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teiles der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
6. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. 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. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer erfolgt.

2. Ist eine Bestimmung in den Grundbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei 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.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

1. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
2. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Abs. 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
3. Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
4. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Abs. 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung rückwirkend ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
5. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Abs. 2–4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
6. Erhöht sich im Fall des Abs. 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht ange-

zeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1–4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich nur dann darauf berufen, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

1. Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2–4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
2. Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2–4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 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 Abs. 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 Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
5. Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 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 Abs. 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 Prä-

mie 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; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

1. Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 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 Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden verursacht.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

1. Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74–80 und 82–87 anzuwenden. Die §§ 23–27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.
 2. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.
 3. Die §§ 43–48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigte der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.
- rinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
2. Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

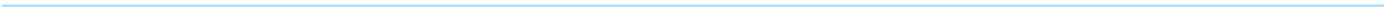
§ 204 Tarifwechsel

1. Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
 1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.
...
3. Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

1. Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartne-



Informationen des Versicherers

gemäß § 1 Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

(ergänzend zum beigefügten Produktinformationsblatt und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Ihr Versicherer

CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20,
94 90 Vaduz, Liechtenstein

Sitz: Vaduz

Eingetragen im Öffentlichkeitsregister Liechtenstein
FL-0002.181.006-7

Gesetzlich Vertretungsberechtigter der CSS Versicherung AG

Beat Moll (Vorstandsvorsitzender), Gordana Cinjat,
Daniel Deckers, Andreas W. Grimm

Hauptgeschäftstätigkeit der CSS Versicherung AG

Die CSS Versicherung AG betreibt die private Kranken- und
Unfallversicherung.

Zuständige Aufsichtsbehörde

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Postfach 279,
Landstraße 109, 94 90 Vaduz, Liechtenstein

Grundlagen und wesentliche Merkmale der Versicherung

Die Grundlage des Vertrages sind Ihr Antrag bzw. Ihre
Angebotsanforderung, der Versicherungsschein sowie die
Grundbedingungen und die vereinbarten Tarife mit den
Tarifbedingungen.

Anwendbares Recht

Das Vertragsverhältnis (einschließlich der Beziehungen zum
Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages)
unterliegt dem deutschen Recht.

Leistungen des Versicherers

Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine Kranken-
versicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung.
Die wesentlichen Merkmale des Versicherungsvertrages und
des Umfangs der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte
dem beigefügten Produktinformationsblatt und den weiteren
genannten Vertragsunterlagen. Die Versicherungsleistungen sind
fällig mit Beendigung der für die Feststellung des Versicherungs-
falles und des Leistungsumfanges erforderlichen Erhebungen.
Damit Ihre Leistungen schnellstmöglich ausgezahlt werden
können, benötigen wir von Ihnen die entsprechenden Nachweise.
Näheres hierzu entnehmen Sie bitte den §§ 6 und 9 der Grundbe-
dingungen.

Beitragszahlung

Die Fälligkeit richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zah-
lungsweise (monatlich oder jährlich). Die Beiträge werden im
Lastschriftverfahren nachschüssig von Ihrem Konto eingezogen.
Einzelheiten zur Höhe der Beiträge entnehmen Sie bitte dem Pro-
duktinformationsblatt.

Gültigkeitsdauer der Informationen

Auf die Möglichkeit der Beitragsänderungen oder Altersumstu-
fungen weisen wir hin (§§ 8a und 8b der Grundbedingungen).
Bei Beitragserhöhungen haben Sie nach § 13 Abs. 4 der Grundbe-
dingungen ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die CSS
Versicherung AG schriftlich die Annahme des Antrages erklärt
oder den Versicherungsschein aushändigt bzw. wenn das Angebot
der CSS Versicherung AG schriftlich angenommen wird.

Beginn des Versicherungsschutzes, Laufzeit und Beendigung des Vertrages

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zustandekommen des Vertrages, nicht aber vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor dem Ablauf der vereinbarten Wartezeiten. Näheres hierzu entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt sowie den §§ 2 und 3 der Grundbedingungen.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist stellvertretend für den Versicherer zu richten an: Volz Makler Consulting GmbH
Im Auftrag der CSS Versicherung AG
Postfach 82 49
48044 Münster
oder per Telefax an: 0800 8 277 277
oder per E-Mail an: info@cssversicherung.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten, dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 der im Antrag ausgewiesenen Monatsprämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Vertragsklausel über zuständiges Gericht

Klagen gegen die CSS Versicherung AG können Sie beim Gericht in Vaduz oder bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes erheben. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der EU oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht in Vaduz zuständig.

Vertragsprache

Die Vertragsbedingungen und die weiteren Informationen sind in Deutsch abgefasst. Auch die Kommunikation zwischen der CSS Versicherung AG und dem Versicherungsnehmer während der Laufzeit des Vertrages erfolgt auf Deutsch.

Hinweis auf Beschwerdemöglichkeit bei der FMA

Sie können sich mit einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde, die FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Postfach 279, Landstraße 109, 94 90 Vaduz, Liechtenstein, wenden. Hiervon bleibt Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiben, unberührt.

Außergerichtliche Schlichtungsstelle

Zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitfällen haben Sie die Möglichkeit, sich an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung zu wenden: Ombudsmann, Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Telefon: 01802 55 04 44 (6 ct pro Anruf aus dem dt. Festnetz bzw. 42 ct/m aus den Mobilfunknetzen).

Mitteilungen des Versicherers

gemäß § 19 Abs. 5 und gemäß § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie gegenüber dem Vermittler nicht machen möchten, können Sie gegenüber der CSS Versicherung AG, Vaduz (nachfolgend CSS Versicherung AG genannt) unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen:

CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Sollte es sich bei diesen anderen Bedingungen um einen Leistungsausschluss oder eine Leistungseinschränkung handeln, entfällt bzw. entfällt teilweise der tarifliche Versicherungsschutz aufgrund dieser anderen Bedingungen für die Vergangenheit und auch für die Zukunft. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht

angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters sowie auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich nur dann darauf berufen, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

auch wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und dass Sie uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren

Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen können, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Produktinformationsblatt der CSS Versicherung AG

gemäß § 4 Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

(Antragsmodell)

Version 01.2013

Mit diesem Produktinformationsblatt erhalten Sie einen ersten Überblick zu Ihrem Versicherungsschutz. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den beiliegenden Versicherungsbedingungen. Die Informationen in diesem Produktinformationsblatt sind nicht abschließend und gelten vorbehaltlich der noch durchzuführenden Risikoprüfung. Die Inhalte dieses Produktinformationsblattes gelten für alle Tarife; für Sie gelten die Merkmale Ihres gewählten Tarifes.

1. Art der Versicherung

Es handelt sich um einen ergänzenden Krankenversicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

2. Beschreibung des durch den Vertrag versicherten Risikos

Wir erstatten im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif; AVB) die Kosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung, die über die von der GKV gedeckten Kosten hinausgehen. Informationen zu den ausgeschlossenen Risiken finden Sie unter Ziffer 4.

2.1 Leistungsinhalte des Tarifs CSS.privat ambulant

2.1.1 Tarifbaustein CSS.privat ambulant vorsorge spezial

Leistungen bei Sehhilfen:

Ein Anspruch auf Erstattung besteht jeweils innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten, ausgehend vom Versicherungsbeginn bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von EUR 250. Bei Bezug einer Sehhilfe in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn beträgt die maximale Erstattung EUR 50 innerhalb der ersten 24 Monate.

Leistungen bei ambulanten Vorsorgeuntersuchungen:

100%ige Erstattung der Zuzahlungen gemäß Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). 100% Erstattung auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Vorsorgeuntersuchungen bis zu einem Betrag von EUR 500 innerhalb von 24 Kalendermonaten.

Mehrkosten bei Krankenhauswahl:

100% Übernahme der Mehrkosten bei Wahl eines anderen Krankenhauses als des in der ärztlichen Einweisung angegebenen.

Krankenschutz im Ausland:

Bei Auslandsreisen von einer Dauer bis zu maximal 45 Tagen werden 100% aller aus unvorhergesehener Krankheit und Unfall resultierenden Kosten übernommen, wobei hier auch der stationäre Versicherungsschutz mitversichert ist. Ebenfalls ist der medizinisch notwendige Rücktransport versichert.

2.1.2 Tarifbaustein CSS.privat ambulant alternativmedizin spezial

Leistungen für alternativmedizinische Behandlungen:

80% Erstattung pro Kalenderjahr bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von EUR 1.250 für Behandlung und verordnete Arznei-, Verbands- und Heilmittel von Heilpraktikern. In den ersten 24 Versicherungsmonaten werden maximal EUR 600 erstattet.

2.1.3 Tarifbaustein CSS.privat ambulant zahngesundheit premium

Leistungen im Zahnbereich:

100% aller Kosten für Zahnbehandlung (z. B. konservierende Leistungen, chirurgische Leistungen sowie Schienen- und Aufbissbehelfe) und Prophylaxe (z. B. professionelle Zahnreinigung, Kariesrisikodiagnostik und Fluoridierung) sowie 80% der Kosten für kieferorthopädische Behandlungen, sofern hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der GOÄ erbracht.

Die Tarifbausteine 2.1.4 bis 2.1.6 können nur alternativ und nie gemeinsam für eine Person abgeschlossen werden.

2.1.4 Tarifbaustein CSS,privat ambulant zahnersatz plus

Leistungen im Zahnbereich:

Bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bis zu 40% der Kosten für Zahnersatz (als Zahnersatz gelten Brücken, Implantate, Inlays, Kronen, Reparaturen, Stiftzähne und Zahnprothesen), zahnärztlichen Aufwand und zahntechnische Laborleistungen. Bei Regelversorgung erfolgt eine Kostenerstattung von bis zu 100%. Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der GOZ und der GOÄ erbracht.

2.1.5 Tarifbaustein CSS,privat ambulant zahnersatz spezial

Leistungen im Zahnbereich:

In Abhängigkeit von der erreichten Schadenfreiheitsklasse bis zu 95% (in Schadenfreiheitsklasse 10) der Kosten für Zahnersatz (als Zahnersatz gelten Brücken, Implantate, Inlays, Kronen, Reparaturen, Stiftzähne und Zahnprothesen), zahnärztlichen Aufwand und zahntechnische Laborleistungen. Im Bereich der Inlayversorgung ist eine Erstattung bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von EUR 500 pro Inlay möglich. Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen werden im Zusammenhang mit Zahnersatz erstattet, bei dem mindestens fünf Zähne versorgt werden. Zähne, die 12 Monate vor Versicherungsbeginn eine Füllung erhalten haben, fallen für den Zeitraum von drei vollen Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn nicht unter den Versicherungsschutz. Bei Regelversorgung erfolgt eine Kostenerstattung von bis zu 100%. Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der GOZ und der GOÄ erbracht.

2.1.6 Tarifbaustein CSS,privat ambulant zahnersatz premium

Leistungen im Zahnbereich:

Bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen bis zu 90% der Kosten für Zahnersatz (als Zahnersatz gelten Brücken, Implantate, Inlays, Kronen, Reparaturen, Stiftzähne und Zahnprothesen), zahnärztlichen Aufwand und zahntechnische Laborleistungen. Bei Regelversorgung erfolgt eine Kostenerstattung von bis zu 100%. Sämtliche Erstattungen werden im Rahmen der GOZ und der GOÄ erbracht. Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen werden im Zusammenhang mit mindestens fünf Zähnen zu versorgendem Zahnersatz erstattet. Zähne, die 12 Monate vor Versicherungsbeginn eine Füllung erhalten haben, fallen für den Zeitraum von drei vollen Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn nicht unter den Versicherungsschutz.

2.2 Leistungsinhalte des Tarifs CSS,privat stationär

2.2.1 Tarifbaustein CSS,privat stationär klinik plus

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer;

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen (bis zu den Höchstsätzen der GOÄ) und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus.

2.2.2 Tarifbaustein CSS,privat stationär komfort premium

Erstattungsfähig sind

- Aufwendungen für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
- bei versicherten Kindern unter 12 Jahren 100% der Mehrkosten für das Elternteil als Begleitperson;
- ein Kurtagegeld für bis zu 21 Tage.

2.2.3 Tarifbaustein CSS,privat stationär privatarzt spezial

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen (über die Höchstsätze der GOÄ hinaus) und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus;
- psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen.

3. Höhe und Fälligkeit der Beiträge, Folgen verspäteter Beitragszahlung und Beitragsentwicklung

Der Beitrag Ihres beantragten Versicherungsschutzes im Einzelnen:

Zu versichernde Person:

Tarif mtl. Beitrag EUR

Tarif mtl. Beitrag EUR

Tarif mtl. Beitrag EUR

Zu versichernde Person:

Tarif mtl. Beitrag EUR

Tarif mtl. Beitrag EUR

Tarif mtl. Beitrag EUR

Der genannte monatliche Beitrag beinhaltet keine Risiko- oder Beitragszuschläge. Im Zweifel gilt der Beitrag, der im Versicherungsschein ausgewiesen wird. Zusätzlich zum Beitrag fallen keine weiteren Kosten wie z. B. Gebühren an. Der erste Beitrag ist unverzüglich zwei Wochen nach Abschluss des Vertrages zu zahlen.

Durch die von Ihnen gewährte Einzugsermächtigung werden wir den Beitrag von dem angegebenen Konto abrufen. Ein Folgebeitrag ist zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt fällig. Der Beitrag ist für den beantragten oder im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitraum des Versicherungsschutzes zu bezahlen. Eine verspätete oder unterbliebene Beitragszahlung gefährdet Ihren Versicherungsschutz und Ihren Vertrag. Nähere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte § 8 der Grundbedingungen. Hohe Qualitätsstandards und medizinischer Fortschritt sind Gründe für die Steigerung der Gesundheitskosten und damit auch der Krankenversicherungsbeiträge. Beitragsanpassungen (vgl. § 8b der Grundbedingungen) sind daher zukünftig möglich. Hinzu kommt die jährliche Fortschreibung Ihrer Krankenversicherungsbeiträge aufgrund des Alterwerdens. Senkungen Ihres Beitrages sind möglich bei Leistungsfreiheit und somit Veränderung Ihrer Schadenfreiheitsklasse.

4. Im Vertrag enthaltene Leistungs- und Risikoausschlüsse

Ansprüche auf Versicherungsleistungen bestehen, wenn nicht anderweitig vereinbart, erst nach Ablauf von Wartezeiten. Ausnahmen hiervon sind Leistungen infolge von Unfällen. Nähere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte § 3 der Grundbedingungen. Es besteht keine Leistungspflicht für Krankheiten und Unfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind; ebenfalls keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, die auf Vorsatz beruhen. Hat der Tarif einen Leistungshöchstsatz zum Inhalt, werden die darüber hinausgehenden Kosten nicht erstattet. Für unangemessen hohe Vergütungen oder Leistungen, die das Maß des medizinisch Notwendigen übersteigen, wird ebenfalls keine Zahlung geleistet. Eine Einschränkung bzw. Deckelung der tariflichen Leistungen findet ebenfalls statt, wenn der Tarif die Vorleistung der GKV anerkennt. Wird im Rahmen des Vertragsschlusses ein Leistungsausschluss für Sehhilfen gewählt, werden dafür keine Leistungen erbracht. Weitere Leistungsausschlüsse und die Einzelheiten hierzu finden Sie unter § 5 der Grundbedingungen.

5. Obliegenheiten, die bei Vertragsabschluss zu beachten sind

Wir sind als Versicherer auf Ihre Angaben zu den im Antragsformular enthaltenen Fragen zu gefahrerheblichen Umständen angewiesen. Für eine Prüfung des zu versichernden Risikos müssen Sie

die in den Fragebögen enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Bei Unsicherheiten Ihrerseits empfehlen wir Ihnen, Rücksprache mit Ihrem ärztlichen Behandler zu halten. Wenn Sie falsche Angaben machen, können wir unter Umständen, auch noch nach längerer Zeit, vom Vertrag zurücktreten. Auch eine Kündigung, eine rückwirkende Vertragsanpassung oder eine Anfechtung des Vertrages sind durch uns möglich. Diese Maßnahmen können sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen. Mehr Informationen zu diesem Thema finden Sie in § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; abgedruckt im Anhang der Grundbedingungen).

6. Obliegenheiten, die während der Laufzeit des Vertrages und bei Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten sind

Sie sind insbesondere verpflichtet, uns unverzüglich den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung mitzuteilen. Verletzen Sie eine Ihrer vertraglichen Obliegenheiten, so können wir, je nach Verschuldensgrad, die Versicherungsleistung kürzen oder sogar vollständig verweigern. In bestimmten Fällen kann auch eine Kündigung des Vertrages durch uns erfolgen. Nähere Informationen hierzu finden Sie in §§ 9–11 der Grundbedingungen. Wir bitten Sie zudem, uns vor Beginn einer zahnärztlichen Maßnahme einen Heil- und Kostenplan zur Prüfung zukommen zu lassen.

7. Beginn und Ende Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Ihr Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Der Vertrag mit der CSS Versicherung AG wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr (dies entspricht dem Kalenderjahr) geschlossen und verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Der Versicherungsvertrag, in Kenntnis der versicherten Person, kann mit Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit und danach mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Weitere Informationen zu Ihrem Kündigungsrecht entnehmen Sie bitte §§ 13–15 der Grundbedingungen.

Tarif CSS.privat ambulant

Ergänzungstarif für Zuzahlungen, Vorsorgeuntersuchungen, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Heilpraktikerbehandlung, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 01.2013

Der Tarif CSS.privat ambulant ist als Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur gültig in Verbindung mit Teil I, CSS Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Tarif CSS.privat ambulant sieht die Bausteine vorsorge spezial, alternativmedizin spezial, zahngesundheit premium, zahnersatz premium, zahnersatz spezial und zahnersatz plus vor. Der Abschluss des Tarifes CSS.privat ambulant ist nur bei Wahl von mindestens zwei Bausteinen möglich. Die Tarife (inkl. Anhang) der einzelnen Bausteine sind dabei integrierender Bestandteil des Tarifes CSS.privat ambulant. CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif CSS.privat ambulant können nur Personen versichert werden, die selbst oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif entfällt mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV endet. Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der GKV dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung nach dem Tarif CSS.privat ambulant endet für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV endet.

Art. 2 Versicherungsleistungen

Soweit Ansprüche auf Leistungen der GKV bestehen, sind diese wahrzunehmen. Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt). Leistungen der GKV werden unabhängig davon, ob sie wahrgenommen werden oder nicht, als Leistungen der GKV gemäß vorliegendem Tarif angerechnet. Als Leistungen der GKV gelten insbesondere auch solche Leistungen, auf deren Anspruch gegenüber der GKV verzichtet wurde oder für die die GKV im Einzelfall deswegen nicht leistet, weil mit dem Behandler kein Vertrag besteht. Für die Leistungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen innerhalb der EU. Er kann durch Vereinbarung auf Länder außerhalb der EU ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der EU besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Für Leistungen gemäß den Bausteinen zahngesundheit premium, zahnersatz premium, zahnersatz spezial und zahnersatz plus sowie alternativmedizin spezial erstreckt sich der Versicherungsschutz auf in Deutschland erbrachte Leistungen. Im Ausland erbrachte Zahnleistungen sind nur im Notfall erstattungsfähig oder wenn der Versicherer aufgrund eines Heil- und Kostenplans vor Beginn der Behandlungsmaßnahme schriftlich zugestimmt hat. Generell wird bei geplanten umfangreichen Zahnersatzbehandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten. Für Leistungen bei Auslandsreisen gemäß Baustein vorsorge spezial gilt der Versicherungsschutz weltweit. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

Art. 3 Schadenfreiheitsklassen

Der Tarif sieht 11 Schadenfreiheitsklassen (SFK) vor:

SFK	Beitragssatz in % des Tarifgrundbeitrags
0	100
1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	95
7	90
8	85
9	80
10	75

Der zu einer SFK gehörige Beitragssatz wird auf den dem erreichten Alter entsprechenden Tarifbeitrag angewendet (also ohne Berücksichtigung eines Tarifzuschlags und eines Risikozuschlags). Der Tarif sieht einen Schadenfreiheitsrabatt (SFR) bis zu 25 % vor. Zum Versicherungsbeginn erfolgt die Einstufung in die SFK 5 (100 % des Tarifgrundbeitrags). Der Vertrag wird jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in die nächsthöhere SFK eingestuft (höchstens SFK 10), wenn die Versicherung zum 30. September des laufenden Versicherungsjahres bestand und seit dem 1. Oktober des vorangegangenen Jahres keine Leistungen aus dem Tarif gezahlt wurden. Maßgebend ist hier der Termin, an dem der Versicherte die Zahlung geleistet hat. Wurden in diesem Zeitraum Leistungen gezahlt, so erfolgt eine Rückstufung um 4 Schadenfreiheitsklassen (aber nicht tiefer als bis zur SFK 0). Leistungen, die aus einem unvorhersehbaren Behandlungsbedarf während Urlaubsreisen von maximal 45 Tagen resultieren, sowie Leistungen bei Schwangerschaft, Mutterschaft und für die Zahnprophylaxe (gemäß Tarifdefinition) bleiben ohne Einfluss auf die SFK. Eine Leistung aus einem versicherten Baustein vermindert die SFK in allen abgeschlossenen Bausteinen des Tarifs CSS.privat ambulant. Zur Erhöhung der SFK muss in diesem Baustein und allen anderen abgeschlossenen Bausteinen Leistungsfreiheit vorliegen. Rückabwicklungen von Leistungsauszahlungen sind im Tarif CSS.privat ambulant ausgeschlossen.

Artikelverzeichnis der Bausteine

Baustein vorsorge spezial

- Art. 1 Vorsorgeuntersuchungen
- Art. 2 Zuzahlungen
- Art. 3 Sehhilfen
- Art. 4 Mehrkosten bei stationärer Behandlung
- Art. 5 Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland und Kostenübernahme bei kurzfristigen Auslandsreisen
- Art. 6 Tarifbeitrag

Baustein alternativmedizin spezial

- Art. 1 Alternativmedizin
- Art. 2 Tarifbeitrag

Baustein zahngesundheit premium

- Art. 1 Versicherungsleistungen
 - 1.1 Zahnbehandlung
 - 1.2 Zahnprophylaxe
 - 1.3 Kieferorthopädische Behandlung
 - 1.4 Zahnärzte ohne Kassenzulassung
 - 1.5 Heil- und Kostenpläne
 - 1.6 Wartezeiten
- Art. 2 Tarifbeitrag

Baustein zahnersatz premium

- Art. 1 Versicherungsleistungen
 - 1.1 Zahnersatz
 - 1.2 Zahnärzte ohne Kassenzulassung
 - 1.3 Heil- und Kostenpläne
 - 1.4 Einschränkung der Erstattung
- Art. 2 Tarifbeitrag

Baustein zahnersatz spezial

- Art. 1 Versicherungsleistungen
 - 1.1 Zahnersatz
 - 1.2 Zahnärzte ohne Kassenzulassung
 - 1.3 Heil- und Kostenpläne
 - 1.4 Leistungen gemäß SFK
 - 1.5 Einschränkung der Erstattung
- Art. 2 Tarifbeitrag

Baustein zahnersatz plus

- Art. 1 Versicherungsleistungen
 - 1.1 Zahnersatz
 - 1.2 Zahnärzte ohne Kassenzulassung
 - 1.3 Heil- und Kostenpläne
 - 1.4 Einschränkung der Erstattung
- Art. 2 Tarifbeitrag

Tarif CSS.privat ambulant, Baustein zahnersatz ideal

Ergänzungstarif für Zahnersatz für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören

Version 03.2014

Der Baustein zahnersatz ideal ist integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs CSS.privat ambulant bestehen.

Neben diesem Tarif dürfen bei der CSS Versicherung AG und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnersatz bestehen. CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte (GOZ, GOÄ) bis zu den jeweiligen Höchstsätzen.

1.1 Zahnersatz

Für zahnärztliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen erstattet der Versicherer:

- 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Bei Nachweis von regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen (Bonusheft) erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag auf:

- 85 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags nach 5 Jahren und
- 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags nach 10 Jahren.

Wird nur die Regelversorgung der GKV in Anspruch genommen, erstattet der Versicherer:

- 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Vorleistungen der GKV oder anderer Träger werden generell von der maximal möglichen Erstattung abgezogen.

Als Zahnersatz gelten:

- Zahnprothesen
- Zahnkronen, Teilkronen
- Zahnbrücken
- Stiftzähne, Inlays
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen bei Behandlung von mindestens fünf Zähnen

Zu den implantologischen Leistungen zählen:

- zahnärztliche Leistungen der Diagnostik (z. B. implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen)
- Implantationen
- mit der Implantation im Zusammenhang stehende weichgewebs- und knochenbauende Maßnahmen
- Freilegung des Implantats

1.2 Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die über keine Kassenzulassung verfügen, gelten die unter 1.1 genannten prozentualen Erstattungssätze. Anstatt der GKV-Leistungen wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet.

Dieser beträgt:

- bei Zahnersatz 40 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags;
- bei Implantaten und Inlays 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.3 Heil- und Kostenpläne

Von den bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenpläne ist dem Versicherer jeweils eine Kopie zuzustellen. Generell empfehlen wir die Vorlage eines Heil- und Kostenplans bei geplanten umfangreicheren Behandlungen.

1.4 Einschränkung der Erstattung

1.4.1 Voraussetzungen für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen

Es besteht nur dann Leistungspflicht, wenn mindestens fünf Zähne im Rahmen einer Behandlung mit Zahnersatz versorgt werden.

1.4.2 Leistungsbegrenzungen

Die Gesamterstattung der unter 1.1 bis 1.2 aufgeführten Leistungen beträgt in diesem Tarifbaustein:

- vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal EUR 500,
- vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal EUR 1.000,
- vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal EUR 1.500,
- vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal EUR 2.000,
- vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn maximal 2.500 Euro.

Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum.

Die Leistungsbegrenzungen entfallen:

- bei einem Unfall, der sich nach Versicherungsbeginn des Tarifbausteins ereignet,
- nach Ablauf des 60. Monats ab Versicherungsbeginn.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang geregelt, der integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.privat ambulant ist.

Tarif CSS.privat ambulant, Baustein zahngesundheit ideal

Ergänzungstarif für Zahnbehandlung, Prophylaxe und Kieferorthopädie für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören

Version 03.2014

Der Baustein zahngesundheit ideal ist integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs CSS.privat ambulant bestehen.

Neben diesem Baustein dürfen bei der CSS Versicherung AG und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und kieferorthopädische Behandlungen bestehen. CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen im Rahmen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den jeweiligen Höchstsätzen.

1.1 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet zusammen mit den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Als Zahnbehandlung gelten:

- konservierende Leistungen (z. B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen),
- chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion),
- parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime),
- Schienen und Aufbissbehelfe.

Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sind in diesem Baustein nicht erstattungsfähig.

1.2 Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet zusammen mit den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers maximal 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Als Zahnprophylaxe gilt die professionelle Zahnreinigung gemäß der Definition der GOZ 1040 sowie die weitere Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Maßnahmen für die Zahnprophylaxe sind bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von EUR 100 pro Maßnahme und EUR 200 pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

1.3 Kieferorthopädische Behandlung, die vor dem 18. Lebensjahr begonnen wurde

Sofern für die Behandlung insgesamt **kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV** (KIG 1–2) besteht, erstattet der Versicherer bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung:

- 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags;
- maximal EUR 2.000 Gesamterstattung je behandelter Kiefer pro Behandlungsfall.

Sofern für die Behandlung insgesamt **ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV** (KIG 3–5) besteht, erstattet der Versicherer für Mehrkosten im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung:

- 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags;
- maximal EUR 600 Gesamterstattung je behandelter Kiefer pro Behandlungsfall.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, wie z. B. Gold-, Keramik- oder Metallbrackets und unsichtbare Zahnspangen. Eigenanteilsrechnungen werden in der Regel von der GKV nach erfolgreicher Behandlung erstattet und fallen deshalb nicht unter die erstattungsfähigen Mehrkosten.

1.4 Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die über keine Kassenzulassung verfügen, gelten die Regelungen aus 1.1 bis 1.3, jedoch ist die Erstattung zusätzlich auf max. 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags beschränkt. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.5 Heil- und Kostenpläne

Von den bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenplänen ist dem Versicherer jeweils eine Kopie zuzustellen. Generell empfehlen wir die Vorlage eines Heil- und Kostenplans bei geplanten umfangreicheren kieferorthopädischen Behandlungen.

1.6 Wartezeiten

Für die unter 1.2 aufgeführten Leistungen für Zahnprophylaxe entfallen die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

1.7 Leistungsbegrenzungen

Die Gesamterstattung der unter 1.1 bis 1.4 aufgeführten Leistungen beträgt in diesem Tarifbaustein:

- vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal EUR 500,
- vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal EUR 1.000,
- vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal EUR 1.500,
- vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal EUR 2.000,
- vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn maximal EUR 2.500.

Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum.

Die Leistungsbegrenzungen entfallen:

- bei einem Unfall, der sich nach Versicherungsbeginn des Tarifbausteins ereignet;
- nach Ablauf des 60. Monats ab Versicherungsbeginn.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang geregelt, der integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.privat ambulant ist.

Tarif CSS.privat ambulant, Anhang zu den Bausteinen

Tarifbeiträge

Version 03.2014

Tarifbeiträge

Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Die Altersgruppeneinteilung kann sich bei einer gemäß § 8a Teil I der Allgemeinen Ver-

sicherungsbedingungen (AVB) stattfindenden Beitragsanpassung ändern. CSS Versicherung AG, Postfach 11 30, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein.

Monatliche Raten des Tarifgrundbeitrages in EUR:

Alter	vorsorge spezial	alternativ- medizin spezial	zahn- gesundheit spezial	zahn- gesundheit ideal	zahn- gesundheit premium	zahnersatz plus	zahnersatz spezial	zahnersatz ideal	zahnersatz premium
0–17	2,72	6,31	9,04	17,04	17,95	0,87	1,73	1,73	1,78
18	8,74	11,32	10,86	17,11	18,91	1,70	3,08	4,29	4,42
19	8,90	11,49	11,02	17,15	18,91	2,16	3,84	5,47	5,64
20	9,07	11,65	11,17	17,19	18,91	2,63	4,61	6,66	6,87
21	9,23	11,81	11,32	17,23	18,91	3,10	5,37	7,85	8,09
22	9,39	11,97	11,47	17,27	18,91	3,56	6,13	9,04	9,32
23	9,56	12,14	11,63	17,30	18,91	4,02	6,90	10,23	10,54
24	9,72	12,30	11,78	17,34	18,91	4,49	7,67	11,41	11,77
25	9,89	12,46	11,93	17,38	18,91	4,96	8,43	12,60	12,99
26	10,05	12,62	12,09	17,42	18,91	5,42	9,20	13,79	14,22
27	10,21	12,78	12,24	17,46	18,91	5,88	9,96	14,98	15,45
28	10,38	12,95	12,39	17,50	18,91	6,34	10,72	16,17	16,68
29	10,41	13,11	12,55	17,53	18,91	6,43	11,01	16,37	16,88
30	10,45	13,27	12,70	17,57	18,91	6,51	11,30	16,57	17,09
31	10,48	13,43	12,85	17,61	18,91	6,59	11,60	16,78	17,30
32	10,52	13,59	13,00	17,65	18,91	6,68	11,89	16,98	17,51
33	10,55	13,75	13,16	17,69	18,91	6,76	12,18	17,18	17,72
34	10,76	13,91	13,34	17,72	18,91	6,93	12,80	17,61	18,16
35	10,97	14,08	13,53	17,76	18,91	7,09	13,42	18,04	18,60
36	11,17	14,24	13,71	17,80	18,91	7,25	14,04	18,46	19,04
37	11,38	14,40	13,90	17,84	18,91	7,42	14,66	18,89	19,48
38	11,59	14,56	14,01	17,88	18,91	7,59	15,29	19,31	19,91
39	11,75	14,72	14,12	17,92	18,91	7,76	15,80	19,76	20,37
40	11,91	14,89	14,23	17,95	18,91	7,93	16,31	20,21	20,84

Alter	vorsorge spezial	alternativ- medizin spezial	zahn- gesundheit spezial	zahn- gesundheit ideal	zahn- gesundheit premium	zahnersatz plus	zahnersatz spezial	zahnersatz ideal	zahnersatz premium
41	12,07	15,05	14,34	17,99	18,91	8,11	16,82	20,65	21,30
42	12,22	15,21	14,46	18,03	18,91	8,28	17,33	21,10	21,76
43	12,38	15,37	14,57	18,07	18,91	8,46	17,84	21,54	22,22
44	12,63	15,53	14,76	18,11	18,91	8,79	18,55	22,39	23,08
45	12,88	15,70	14,95	18,14	18,91	9,12	19,25	23,23	23,95
46	13,12	15,85	15,14	18,18	18,91	9,45	19,96	24,07	24,81
47	13,37	16,02	15,34	18,22	18,91	9,78	20,66	24,91	25,68
48	13,61	16,18	15,53	18,26	18,91	10,11	21,36	25,75	26,55
49	14,06	16,18	15,72	18,30	18,91	10,48	22,24	26,69	27,52
50	14,52	16,18	15,92	18,34	18,91	10,85	23,13	27,63	28,49
51	14,98	16,18	16,12	18,37	18,91	11,21	24,02	28,57	29,46
52	15,44	16,18	16,31	18,41	18,91	11,58	24,90	29,51	30,43
53	15,89	16,18	16,51	18,45	18,91	11,95	25,79	30,45	31,41
54	16,48	16,18	16,67	18,49	18,91	12,30	26,64	31,35	32,32
55	17,07	16,18	16,83	18,53	18,91	12,65	27,50	32,25	33,26
56	17,66	16,18	16,83	18,57	18,91	12,99	28,35	33,15	34,18
57	18,25	16,18	16,83	18,60	18,91	13,34	29,21	34,04	35,11
58	18,84	16,18	16,83	18,64	18,91	13,69	30,06	34,94	36,02
59	19,53	16,18	16,83	18,68	18,91	14,18	31,36	36,23	37,36
60	20,22	16,18	16,83	18,72	18,91	14,68	32,64	37,52	38,69
61	20,90	16,18	16,83	18,76	18,91	15,17	33,93	38,81	40,02
62	21,59	16,18	16,83	18,79	18,91	15,66	35,23	40,10	41,36
63	22,28	16,18	16,83	18,83	18,91	16,16	36,52	41,39	42,69
64	23,31	16,18	16,83	18,87	18,91	16,26	37,00	41,66	42,96
65	24,35	16,18	16,83	18,91	18,91	16,35	37,47	41,92	43,24
66	25,38	16,18	16,83	18,95	18,91	16,45	37,95	42,19	43,50
67	26,42	16,18	16,83	18,99	18,91	16,53	38,44	42,45	43,78
68	27,45	16,18	16,83	19,02	18,91	16,63	38,91	42,72	44,05
69	27,81	16,18	16,83	19,06	18,91	16,50	38,76	42,38	43,70
70	28,16	16,18	16,83	19,10	18,91	16,36	38,63	42,05	43,35
71	28,52	16,18	16,83	19,10	18,91	16,22	38,49	41,71	43,01
72	28,87	16,18	16,83	19,10	18,91	16,09	38,34	41,37	42,66
73	29,23	16,18	16,83	19,10	18,91	15,95	38,20	41,03	42,32
74	29,95	16,18	16,83	19,10	18,91	15,66	37,53	40,30	41,56
75	30,67	16,18	16,83	19,10	18,91	15,37	36,86	39,57	40,81
76	31,39	16,18	16,83	19,10	18,91	15,09	36,18	38,84	40,05
77	32,11	16,18	16,83	19,10	18,91	14,79	35,51	38,11	39,30
78	32,82	16,18	16,83	19,10	18,91	14,50	34,84	37,38	38,55
79	33,70	16,18	16,83	19,10	18,91	14,08	33,70	36,30	37,44
80	34,58	16,18	16,83	19,10	18,91	13,65	32,57	35,23	36,33
81	35,46	16,18	16,83	19,10	18,91	13,22	31,45	34,15	35,22
82	36,34	16,18	16,83	19,10	18,91	12,80	30,32	33,07	34,11
83	37,22	16,18	16,83	19,10	18,91	12,37	29,19	31,99	32,99

Alter	vorsorge spezial	alternativ- medizin spezial	zahn- gesundheit spezial	zahn- gesundheit ideal	zahnge- sundheit premium	zahnersatz plus	zahnersatz spezial	zahnersatz ideal	zahnersatz premium
84	38,06	16,18	16,83	19,10	18,91	11,87	27,78	30,75	31,70
85	38,90	16,18	16,83	19,10	18,91	11,38	26,38	29,50	30,42
86	39,74	16,18	16,83	19,10	18,91	10,88	24,97	28,25	29,12
87	40,58	16,18	16,83	19,10	18,91	10,39	23,57	27,00	27,84
88	41,42	16,18	16,83	19,10	18,91	9,89	22,16	25,76	26,56
89	42,35	16,18	16,83	19,10	18,91	9,38	20,69	24,48	25,24
90	43,27	16,18	16,83	19,10	18,91	8,88	19,22	23,21	23,94
91	44,20	16,18	16,83	19,10	18,91	8,37	17,75	21,94	22,63
92	45,13	16,18	16,83	19,10	18,91	7,87	16,29	20,67	21,32
93	46,06	16,18	16,83	19,10	18,91	7,36	14,82	19,40	20,00
94	46,99	16,18	16,83	19,10	18,91	6,86	13,36	18,13	18,71
95	47,92	16,18	16,83	19,10	18,91	6,36	11,90	16,87	17,40
96	48,85	16,18	16,83	19,10	18,91	5,86	10,44	15,61	16,10
97	49,79	16,18	16,83	19,10	18,91	5,36	8,97	14,35	14,79
98	50,72	16,18	16,83	19,10	18,91	4,85	7,51	13,09	13,49
99	50,72	16,18	16,83	19,10	18,91	4,85	7,51	13,09	13,49
100	50,72	16,18	16,83	19,10	18,91	4,85	7,51	13,09	13,49

