



Grundlagen Ihres Krankenversicherungsvertrages und weitere Informationen.

Ambulante Zusatzversicherungen.

Ihr Fels in der Brandung.

 **württembergische**

Inhaltsverzeichnis

In dieser Broschüre finden Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen für Ihren individuellen Vertrag:

	Seite
Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick	3
Informationsblatt zur Krankheitskostenzusatzversicherung (VitaK600)	5
Informationsblatt zur Krankheitskostenzusatzversicherung (VitaK1200)	7
Informationsblatt zur Krankheitskostenzusatzversicherung (VitaP600)	9
Informationsblatt zur Krankheitskostenzusatzversicherung (VitaP1200)	11
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	13
Datenschutzhinweise	14
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S)	16
Tarif Mein Vitalbudget Komfort (VitaK) Krankheitskostenzusatzversicherung für ambulante, stationäre und Zahnleistungen	20
Anhang zum Tarif Mein Vitalbudget Komfort Definitionen und Erklärungen zum Tarif Mein Vitalbudget Komfort	22
Tarif Mein Vitalbudget Premium (VitaP) Krankheitskostenzusatzversicherung für ambulante, stationäre und Zahnleistungen	23
Anhang zum Tarif Mein Vitalbudget Premium Definitionen und Erklärungen zum Tarif Mein Vitalbudget Premium	26

Stand: November 2024

Verbraucherinformationen auf einen Blick (Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung [VVG-InfoV])

1. Unsere Identität

Württembergische Krankenversicherung AG, Kornwestheim,
Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

2. Identität unseres für Sie zuständigen Vertreters in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, wenn Sie dort Ihren Wohnsitz haben
Entfällt

3. Ladungsfähige Anschriften

**Württembergische Krankenversicherung AG,
W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim**

Vertretungsberechtigte

Vorstand: Jacques Wasserfall, Dr. Jonas Eickholt

4. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Gegenstand unseres Unternehmens ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Vermittlung von Versicherungen in Zweigen, die unser Unternehmen nicht selbst betreibt sowie der Betrieb anderer Geschäfte, die mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

5. Hinweis zum Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen

Zur Absicherung der Ansprüche aus dem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer und der versicherten Person. Die Württembergische Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

6. Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbestimmungen

Die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen erhalten Sie als Anlage.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen: Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen. Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Individuelle Vertragsinformationen oder Informationsblatt zu Versicherungsprodukten bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Individuelle Vertragsinformationen bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie Angaben in Ihrem Antrag, wenn der Vertrag unverändert zustande kommt.

Bei der Ermittlung der Beiträge berücksichtigen wir die von Ihnen und gegebenenfalls den versicherten Personen in Ihrem Antrag/Ihrer Angebotsanforderung angegebenen gefahrerheblichen Umstände (z. B. Ihre Gesundheitsangaben), die wir in Ihrem (Angebot zum) Versicherungsschein dokumentieren.

8. Eventuell zusätzlich anfallende Kosten

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbarten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Sofern Sie sich auf Auslandsreisen befinden und eine Auslandsreisekrankenversicherung und/oder eine Krankheitskostenvollversicherung versichert haben, steht Ihnen an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr ein Notruf-Service unter der kostenfreien Rufnummer 00 800 81826000 zur Verfügung. Falls der von Ihnen gewählte Anbieter oder Netzkartenvertrag keine Verbindung zu kostenfreien 00 800-Nummern zulässt, wählen Sie bitte die Nummer +49 711 662 723333. Hierfür fallen bei Anruf aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz die ortsüblichen Kosten an. Bei Anrufen aus dem Ausland können die Kosten sowohl aus dem ausländischen Festnetz als auch aus dem ausländischen Mobilfunknetz höher sein. Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

9. Beitragszahlung

Einzelheiten zur Zahlung des Beitrags, insbesondere zur Zahlungsweise und zur Fälligkeit, sind dem (Angebot zum) Versicherungsschein sowie den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen und den Tarifbestimmungen zu entnehmen.

10. Geltungsdauer unserer Informationen

Die im Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und in den Individuellen Vertragsinformationen genannten Beiträge sind längstens bis zum Beginn des neuen Jahres gültig. Alle anderen Informationen haben grundsätzlich eine unbefristete Geltung, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt erforderlicher Änderungen.

11. Spezielle Risiken oder Preisschwankungen auf dem Finanzmarkt aufgrund eines Zusammenhangs des Versicherungsvertrags mit Finanzinstrumenten

Keine

12. Zustandekommen des Vertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Versicherungsantrag ausdrücklich annehmen oder Sie unser Angebot zum Versicherungsschein durch Unterzeichnung und Übermittlung des Annahmeschreibens („Einverständniserklärung“) an uns annehmen. Das Einverständnis der versicherten Personen und ggf. der gesetzlichen Vertreter muss ebenfalls vorliegen.

Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im (Angebot zum) Versicherungsschein festgelegten Zeitpunkt. Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu beachten. Den gewünschten Beginn entnehmen Sie den Angaben im Antrag.

Bindungsfrist hinsichtlich des Antrags/Angebots zum Versicherungsschein

Wenn Sie ein Angebot zum Versicherungsschein erhalten haben, halten wir uns an das Angebot 4 Wochen, bei Erschwernisangeboten 6 Wochen ab Angebotsdatum gebunden.

13. Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

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

**Württembergische Krankenversicherung AG,
W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim,**

E-Mail Adresse:

kranken.vertragservice@wuerttembergische.de,

Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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 eine Betrag in Höhe von 1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Aufstellung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflicht bei allen Versicherungszweigen

Folgende Informationen müssen wir Ihnen zur Verfügung stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;

2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
- b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
- b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hier- von unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

14. Laufzeit des Vertrags, ggf. Mindestvertragslaufzeit

Die Versicherungsdauer ist in den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Bei Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie bei Pflegegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre, bei der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen und das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung, die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung, die kleine und große Anwartschaft in der privaten Pflegepflichtversicherung, die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag, die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung, Ausbildungstarife, die stationäre Zusatzversicherung auf Risikobasis, die Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche auf Risikobasis sowie für Optionstarife und die Kostenerstattungstarife auf Risikobasis gelten besondere Laufzeiten.

15. Angaben zur Vertragsbeendigung, insbesondere vertragliche Kündigungsregelungen sowie etwaiger Vertragsstrafen

Ihre und unsere Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsregelungen, sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis kann durch Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag beträgt die Kündigungsfrist einen Monat zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis durch Sie innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Wirksamwerden der Änderung gekündigt werden. Vertragsstrafen sind nicht vereinbart.

16. Anwendbares Recht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

Für die Beziehungen zwischen Ihnen und uns gilt vor Abschluss des Versicherungsvertrags ausschließlich deutsches Recht.

17. Auf den Versicherungsvertrag anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gilt ausschließlich deutsches Recht.

Gerichtsstand

Wenn Sie uns verklagen:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung können Sie insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen:

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz nach Vertragsschluss ins Ausland verlegt haben:

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz nach Vertragsschluss außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohn- bzw. Geschäftssitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend vorstehender Regelungen die Zuständigkeit des Gerichts als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

18. Vertragssprache

Maßgebliche Sprache für dieses Versicherungsverhältnis und die Kommunikation mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags ist Deutsch.

19. Außergerichtliche Streitschlichtung

Wir haben uns verpflichtet, zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler an dem Streitbeilegungsverfahren vor der, vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. eingerichteten, Stelle „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“ Kronenstr. 13, 10117 Berlin, teilzunehmen.

Sie haben die Möglichkeit, dieses kostenlose außergerichtliche Streit-schlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. So erreichen Sie den Ombudsmann: OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Telefon: 0800 2 55 04 44; Telefax: 030 20 45 89 31. Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Für Fragen zu Ihren Versicherungsverträgen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorferstraße 108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Internet: <http://www.bafin.de>, wenden.

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG
Deutschland

Zusatzversicherung
ambulante, stationäre und Zahnleistungen
(VitaK600)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheitsfall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



Was ist versichert?

- ✓ Vorsorgeaufwendungen zu 100 %
- ✓ Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
- ✓ Erstattung von Sehhilfen zu 100 %
- ✓ Naturheilverfahren zu 100 %
- ✓ Heilpraktikerbehandlungen zu 100 %
- ✓ Osteopathie zu 100 %
- ✓ gesetzliche Zuzahlungen u.a. für Heilmittel, Hilfsmittel, stationäre Aufenthalte, Anschlussheilbehandlung
- ✓ Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung zu 100 %
- ✓ Schutzimpfungen zu 100 %
- ✓ Heil- und Hilfsmittel zu 100 %
- ✓ Freie Krankenhauswahl für gesetzlich Versicherte zu 100 %

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Sie finden die Einschränkungen der Leistungspflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S, § 5).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert, zum Beispiel:

- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Sehhilfen auf 180 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Zahnprophylaxe auf 80 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte und Osteopathie auf insgesamt 200 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung sämtlicher tariflicher Leistungen auf ein Budget von 600 Euro



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen Versicherungsschutz innerhalb Europas. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt außerhalb Europas ist dieser beschränkt auf 6 Monate. Durch besondere Vereinbarung kann dieser Versicherungsschutz auch darüber hinaus ausgedehnt werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen stets rechtzeitig und vollständig bezahlt werden.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass der erste Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt wurde. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG
Deutschland

Zusatzversicherung
ambulante, stationäre und Zahnleistungen
(VitaK1200)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheitsfall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



Was ist versichert?

- ✓ Vorsorgeaufwendungen zu 100 %
- ✓ Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
- ✓ Erstattung von Sehhilfen zu 100 %
- ✓ Naturheilverfahren zu 100 %
- ✓ Heilpraktikerbehandlungen zu 100 %
- ✓ Osteopathie zu 100 %
- ✓ gesetzliche Zuzahlungen u.a. für Heilmittel, Hilfsmittel, stationäre Aufenthalte, Anschlussheilbehandlung
- ✓ Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung zu 100 %
- ✓ Schutzimpfungen zu 100 %
- ✓ Heil- und Hilfsmittel zu 100 %
- ✓ Freie Krankenhauswahl für gesetzlich Versicherte zu 100 %

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Sie finden die Einschränkungen der Leistungspflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S, § 5).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert, zum Beispiel:

- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Sehhilfen auf 180 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Zahnprophylaxe auf 80 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte und Osteopathie auf insgesamt 200 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung sämtlicher tariflicher Leistungen auf ein Budget von 1.200 Euro



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen Versicherungsschutz innerhalb Europas. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt außerhalb Europas ist dieser beschränkt auf 6 Monate. Durch besondere Vereinbarung kann dieser Versicherungsschutz auch darüber hinaus ausgedehnt werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen stets rechtzeitig und vollständig bezahlt werden.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass der erste Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt wurde. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG
Deutschland

Zusatzversicherung
ambulante, stationäre und Zahnleistungen
(VitaP600)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheitsfall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



Was ist versichert?

- ✓ Vorsorgeaufwendungen zu 100 %
- ✓ Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
- ✓ Erstattung von Sehhilfen zu 100 %
- ✓ Naturheilverfahren zu 100 %
- ✓ Heilpraktikerbehandlungen zu 100 %
- ✓ Osteopathie zu 100 %
- ✓ gesetzliche Zuzahlungen u.a. für Heilmittel, Hilfsmittel, stationäre Aufenthalte, Anschlussheilbehandlung
- ✓ Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung zu 100 %
- ✓ Zahnersatz, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie zu 100 %
- ✓ Schutzimpfungen zu 100 %
- ✓ Heil- und Hilfsmittel zu 100 %
- ✓ Freie Krankenhauswahl für gesetzlich Versicherte zu 100 %

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Sie finden die Einschränkungen der Leistungspflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S, § 5).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert, zum Beispiel:

- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Sehhilfen auf 180 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte und Osteopathie auf insgesamt 200 Euro
- ! Kieferorthopädie nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur nach Unfall
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Zahnprophylaxe auf 80 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung sämtlicher tariflicher Leistungen auf ein Budget von 600 Euro



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen Versicherungsschutz innerhalb Europas. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt außerhalb Europas ist dieser beschränkt auf 6 Monate. Durch besondere Vereinbarung kann dieser Versicherungsschutz auch darüber hinaus ausgedehnt werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen stets rechtzeitig und vollständig bezahlt werden.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass der erste Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt wurde. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Württembergische Krankenversicherung AG
Deutschland

Zusatzversicherung
ambulante, stationäre und Zahnleistungen
(VitaP1200)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Private Krankenversicherung an. Diese schützt Sie vor Behandlungskosten im Krankheitsfall, bei Unfall und anderen im Vertrag genannten Ereignissen.



Was ist versichert?

- ✓ Vorsorgeaufwendungen zu 100 %
- ✓ Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
- ✓ Erstattung von Sehhilfen zu 100 %
- ✓ Naturheilverfahren zu 100 %
- ✓ Heilpraktikerbehandlungen zu 100 %
- ✓ Osteopathie zu 100 %
- ✓ gesetzliche Zuzahlungen u.a. für Heilmittel, Hilfsmittel, stationäre Aufenthalte, Anschlussheilbehandlung
- ✓ Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung zu 100 %
- ✓ Zahnersatz, Zahnbehandlung und Kieferorthopädie zu 100 %
- ✓ Schutzimpfungen zu 100 %
- ✓ Heil- und Hilfsmittel zu 100 %
- ✓ Freie Krankenhauswahl für gesetzlich Versicherte zu 100 %

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

- ✓ Etwaige Leistungsobergrenzen in den Tarifen entnehmen Sie bitte Ihren Angebotsunterlagen und Vertragsbestimmungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Sie finden die Einschränkungen der Leistungspflicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S, § 5).
- ✗ Versicherungsleistungen für Personen unter 21 Jahren



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert, zum Beispiel:

- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Sehhilfen auf 180 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte und Osteopathie auf insgesamt 200 Euro
- ! Kieferorthopädie nur nach Unfall
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung der tariflichen Leistung für Zahnprophylaxe auf 80 Euro
- ! Innerhalb eines Kalenderjahrs Begrenzung sämtlicher tariflicher Leistungen auf ein Budget von 1.200 Euro



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie genießen Versicherungsschutz innerhalb Europas. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt außerhalb Europas ist dieser beschränkt auf 6 Monate. Durch besondere Vereinbarung kann dieser Versicherungsschutz auch darüber hinaus ausgedehnt werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Bitte beantworten Sie alle im Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß.
- Versicherungsbeiträge müssen stets rechtzeitig und vollständig bezahlt werden.
- Weitere Vertragspflichten finden Sie in den Vertragsbedingungen unter der Rubrik „Obliegenheiten“.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass der erste Beitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt wurde. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nichts anderes vereinbart ist, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein Jahr, wenn Sie sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ende jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertrags-

abschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹⁾. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹⁾ Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Datenschutzhinweise

Unser Umgang mit Ihren Daten und Ihre Rechte – Informationen nach Artikeln 13, 14 und 21 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) –

Nachfolgend möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Württembergische Versicherung AG, die Württembergische Lebensversicherung AG, die Württembergische Krankenversicherung AG, die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, die Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH, die Württembergische Vertriebspartner GmbH und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Regelungen zustehenden Ansprüche und Rechte informieren.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist die Württembergische Versicherung AG, Württembergische Lebensversicherung AG, Württembergische Krankenversicherung AG, Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG sowie Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH. Wenden Sie sich unter Angabe des jeweiligen Unternehmens bitte an

W&W-Platz 1,
70806 Kornwestheim
Telefon 0711 662-0
Telefax 0711 662-829400
E-Mail info@wuerttembergische.de

Für die Württembergische Vertriebspartner GmbH wenden Sie sich bitte an

W&W-Platz 1,
70806 Kornwestheim
Telefon 0711 662-0
Telefax 0711 662-829400
E-Mail makleradmin@wuerttembergische.de

Den Datenschutzbeauftragten unserer Unternehmen erreichen Sie unter:

Wüstenrot & Württembergische AG
Datenschutzbeauftragter
W&W-Platz 1,
70806 Kornwestheim
Telefon 07141 16-0
E-Mail dsb@ww-ag.com

2. Welche Quellen und Daten nutzen wir?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von anderen Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe, von für Sie zuständigen Vermittlern sowie deren Führungskräften und Fachbetreuern/Beratern/Partnern oder von sonstigen Dritten zulässigerweise (z. B. zur Erfüllung von Verträgen, zur Schadensregulierung oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben.

Zum anderen verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Meldeverzeichnisse, Grundbücher, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtstag und -ort und Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten) und Authentifikationsdaten (z. B. Unterschriftprobe). Darüber hinaus können dies auch Daten aus der Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen (z. B. die Nummern Ihrer Verträge), Informationen über Ihre finanzielle Situation (z. B. Bonitätsdaten, Scoring-/Ratingdaten), Werbe- und Vertriebsdaten (inklusive Werbescores), Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll), Registerdaten, Daten über Ihre Nutzung von unseren angebotenen digitalen Diensten (z. B. Aufruf unserer Webseiten, Apps oder Newsletter, angeklickte Seiten von uns bzw. Einträge) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein.

Für besonders schützenswerte Daten (z. B. Gesundheitsdaten oder genetische Daten) erfolgt die Datenverarbeitung nur mit Ihrer Einwilligung, die sich ausdrücklich auf diese Daten bezieht. Auch die Übermittlung von Daten durch Personen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen, z. B. Ärzte und Rechtsanwälte, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen voraus.

3. Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), den datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Personenbezogene Daten erheben wir nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen, wenn die direkte Erhebung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Dies kann zum Beispiel eine mitversicherte Person oder ein abweichender Postempfänger sein. In diesem Fall bitten wir Sie, die betroffenen Personen über die Datenspeicherung zu informieren.

Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter

www.wuerttembergische.de/datenschutz,
www.karlsruher.de/datenschutz und
www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz abrufen.

a) Zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO)

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer der vorgenannten Gesellschaften bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Die weiteren Einzelheiten zum Zweck der Datenverarbeitung können Sie den jeweiligen Vertragsunterlagen entnehmen.

b) Im Rahmen der Interessenabwägung (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO)

Soweit erforderlich, verarbeiten wir Ihre Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten. Beispiele:

- Konsultation von und Datenaustausch mit Auskunftseien zur Ermittlung von Bonitäts- bzw. Ausfallrisiken und aktuellen Adressen;
- Prüfung und Optimierung von Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache;
- Werbung oder Markt- und Meinungsforschung, soweit sie der Nutzung Ihrer Daten nicht widersprochen haben;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs;
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können;
- Maßnahmen zur Gebäude- und Anlagensicherheit (z. B. Zutrittskontrollen);
- Maßnahmen zur Sicherstellung des Hausrechts;
- Maßnahmen zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten.

c) Aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1a) DSGVO, Art. 9 Abs. 2a) i. V. m. Art. 7 DSGVO)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (z. B. Weitergabe von Daten im Konzern, Auswertung von Daten für Marketingzwecke) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

d) Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO)

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht.

4. Wer bekommt meine Daten?

Innerhalb der vorgenannten Unternehmen erhalten diejenigen Stellen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten brauchen. Auch von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO) können zu diesen genannten Zwecken Daten erhalten. Dies sind bspw. Unternehmen in den Kategorien kreditwirtschaftliche Leistungen, IT-Dienstleistungen, Logistik, Wirtschaftsauskunftseien, Druckdienstleistungen, Telekommunikation, Inkasso, Beratung und Consulting sowie Vertrieb, Marketing und Anschriftenermittlung. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie unserer Internetseite unter

www.wuerttembergische.de/datenschutz,
www.karlsruher.de/datenschutz und
www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz entnehmen.

Im Hinblick auf die Datenweitergabe an Empfänger außerhalb der vorgenannten Unternehmen ist zunächst zu beachten, dass wir zur Verschwiegenheit über alle kundenbezogenen Tatsachen und Wertungen verpflichtet sind, von denen wir Kenntnis erlangen. Informationen über Sie dürfen wir nur weitergeben, wenn gesetzliche Bestimmungen dies gebieten, Sie eingewilligt haben oder wir zur Erteilung einer Auskunft befugt sind. Unter diesen Voraussetzungen können Empfänger personenbezogener Daten z. B. sein:

- Öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Finanzbehörden) bei Vorliegen einer gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtung.

- Andere Versicherungsinstitute oder vergleichbare Einrichtungen sowie externe Vermittler und Vermittlungsgesellschaften, an die wir zur Durchführung der Geschäftsbeziehung mit Ihnen personenbezogene Daten übermitteln (bspw. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel),
- Rückversicherungsunternehmen, über die von uns übernommene Risiken abgesichert werden. Hierzu kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an ein solches Unternehmen zu übermitteln, damit dieses sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.
- Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können unter Umständen Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt. Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf der folgenden Internetseite: www.informa-his.de.

Weitere Datenempfänger können diejenigen Stellen sein, für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben bzw. für die Sie uns vom Bankgeheimnis gemäß Vereinbarung oder Einwilligung befreit haben.

5. Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Soweit erforderlich, verarbeiten und speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung, was beispielsweise auch die Anbahnung und die Abwicklung eines Vertrages umfasst.

Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (§§ 238, 257 Abs. 4 HGB), der Abgabenordnung (§ 147 Abs. 3, 4 AO) und dem Geldwäschegesetz (§ 8 Abs. 3 GwG) ergeben. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen bis zu zehn Jahre.

Schließlich beurteilt sich die Speicherdauer auch nach den gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in der Regel drei Jahre, in gewissen Fällen aber auch bis zu dreißig Jahre betragen können.

6. Werden Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

7. Welche Datenschutzrechte habe ich?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Lösungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG).

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20
70173 Stuttgart

8. Besteht für mich eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung einer Geschäftsbeziehung erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages oder die Ausführung des Auftrages ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?

Zur Begründung und Durchführung der Geschäftsbeziehung nutzen wir die automatisierte Entscheidungsfindung ausschließlich zur Unterstützung der betriebsinternen Abläufe.

Eine vollautomatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO findet regelmäßig nicht statt.

10. Inwieweit werden meine Daten für Scoring und Rating genutzt?

Wir verarbeiten teilweise Ihre Daten automatisiert mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten:

- Aufgrund gesetzlicher und behördlicher Vorgaben sind wir zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und Betrug verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen (unter anderem im Zahlungsverkehr) vorgenommen. Diese Maßnahmen dienen zugleich auch Ihrem Schutz.
- Um Sie zielgerichtet über Produkte informieren zu können, setzen wir Auswertungsinstrumente ein. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung einschließlich Markt- und Meinungsforschung.
- Im Interesse der Versichertengemeinschaft sind wir verpflichtet, auf die termingerechte Beitragszahlung aller Versicherten zu achten. Zur Bewertung Ihrer Kreditwürdigkeit beziehen wir Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten (Bonität) und extern ermittelte Wahrscheinlichkeitswerte über Ihr zukünftiges Zahlungsverhalten (Scoring). Die Unternehmen, von denen wir Bonitäts- und Scoringdaten beziehen, können Sie der Dienstleisterliste unter www.wuerttembergische.de/datenschutz, www.karlsruher.de/datenschutz und www.wuerttembergische-makler.de/datenschutz entnehmen.

Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

1. Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 lit. e) DSGVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) und Artikel 6 Absatz 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling im Sinne von Artikel 4 Nr. 4 DSGVO, das wir zur Bonitätsbewertung oder für Werbezwecke einsetzen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

2. In Einzelfällen verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um Direktwerbung zu betreiben. Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch (ohne Nennung von Gründen) gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten zum Zwecke derartiger Werbung einzulegen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Direktwerbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten.

Bitte richten Sie den Widerspruch an die oben genannten Kontaktdaten des verantwortlichen Unternehmens.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S)

Gültig ab 1. April 2023

Der 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 zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Tarif mit Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate Versicherungsschutz. Bei längerem Aufenthalt kann Versicherungsschutz über diesen Zeitpunkt hinaus vereinbart werden.

(5) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 VVG verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 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. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 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 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten 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 erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

(4) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Sofern nichts anderes vereinbart ist, beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate.

Sie entfallen

- bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartner-schaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

Sie entfallen

- bei Unfällen;
- für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartner-schaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit acht Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird.

(4) Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen – gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer – an seinen Antrag gebunden.

Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

(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 mit Tarifbedingungen. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen in Anspruch genommen werden, sofern dies der Tarif vorsieht.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(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.

(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 diese 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) Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

(7) 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.

(8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(9) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- 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. Die Leistungspflicht entfällt nicht, soweit die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammen-

hang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

- b) für auf Vorsatz 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 Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- g) für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche 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.

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit.

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

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

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

(5) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

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

§ 7 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 Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschieds-

betrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem Geschlecht und der Beitragsgruppe des erreichten Alters; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. 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.

Sofern nichts anderes vereinbart ist, räumt der Versicherer bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

(3) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist Lastschriftverfahren vereinbart, gilt die erste Beitragsrate bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

(5) 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.

(6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Mahnkosten sind die für jede Mahnung tatsächlich anfallenden Kosten für Porto und Material (wie z. B. Papier und Briefumschlag). Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten weiteren Kosten und Gebühren erhoben werden.

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

(8) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

(2) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) 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; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(4) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

(5) Bei Beitragsänderungen, auch durch Erreichen eines höheren Alters, kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(6) 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 zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, im Tarif vorgesehene Ersatzkrankenhaustagegelder oder vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Erwachsene, Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt.

(2) (entfallen)

(3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen 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.
- (5) 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 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges 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, an den Versicherer schriftlich 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 Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine 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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Das Versicherungsverhältnis wird für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Danach kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt hat.
- (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 von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmittteilung an 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 Teils der Versicherung zum Schlusse 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 von drei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(7) Ruhen der Rechte und Pflichten

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit besteht.

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhen vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhen gilt unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs für einen Zeitraum von sechs Monaten und beginnt ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 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 Absatz 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 Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Teil II Tarif Mein Vitalbudget Komfort (VitaK)

Zusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Bei diesen Tarifbedingungen handelt es sich um Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer privaten Krankenversicherung bei der Württembergische Krankenversicherung AG. Daneben gibt es noch einen Teil I, die AVB/S. Der Anhang zum Tarif *Mein Vitalbudget Komfort* ist ebenfalls Vertragsbestandteil. Dort finden Sie insbesondere Definitionen und ausführlichere Erklärungen sowie weitere vertragliche Regelungen der einzelnen Leistungen.

Gültig ab 1. Juni 2024

Leistungsübersicht

Die nachfolgende Übersicht gibt Ihnen einen Überblick über die Leistungen des Tarifs *Mein Vitalbudget Komfort*. Für die genauen Details sehen Sie bitte unter B „Welche Leistungen erbringt *Mein Vitalbudget Komfort*?“ sowie im Anhang „Definitionen und Erklärungen zum Tarif *Mein Vitalbudget Komfort*“ nach.

Wichtig: Die Gesamterstattung eines Kalenderjahres ist auf die versicherte Budgethöhe des jeweiligen Tarifs, also auf

- **600 EUR im Tarif *Mein Vitalbudget Komfort 600 (VitaK600)* oder**
 - **1.200 EUR im Tarif *Mein Vitalbudget Komfort 1200 (VitaK1200)*,**
- begrenzt.**

	Erstattung zu
Vorsorgeuntersuchungen inkl. zertifizierter Präventionskurse	100%
Schutzimpfungen	100%
Sehhilfen inkl. brechkraftverändernder Augenoperationen	100%, max. 180 EUR pro Kalenderjahr
Arznei- und Verbandmittel inkl. gesetzlicher Zuzahlung	100%
Heil- und Hilfsmittel inkl. gesetzlicher Zuzahlung	100%
Weitere gesetzliche Zuzahlungen zum Beispiel bei stationärer Behandlung	100%
Heilpraktiker; Naturheilverfahren durch Ärzte; Osteopathie	100%, max. 200 EUR pro Kalenderjahr
Zahnprophylaxe inkl. professioneller Zahnreinigung	100%, max. 80 EUR pro Kalenderjahr
Freie Krankenhauswahl für gesetzlich Versicherte	100%, auch über die versicherte Budgethöhe hinaus

Beispiel für die Leistungen des Tarifs *Mein Vitalbudget Komfort*:

Nehmen wir beispielhaft an, Sie haben den Tarif *Mein Vitalbudget Komfort 600* abgeschlossen. Das heißt, Ihnen steht ein jährliches Budget von 600 EUR zur Verfügung, das Sie frei für die im Tarif enthaltenen Leistungsbereiche nutzen können.

Folgendes Beispiel zeigt, wie Sie in diesem Fall bestmöglich von der flexiblen Absicherung des Budgettarifs profitieren können:

Sie nehmen innerhalb eines Kalenderjahres Vorsorgeuntersuchungen in Höhe von 280 EUR in Anspruch, außerdem hat Ihnen Ihr Arzt verschiedene Arznei- und Heilmittel verordnet, für die gesetzliche Zuzahlungen von 50 EUR für Sie anfallen. Für eine Behandlung beim Heilpraktiker inkl. osteopathischer Anwendungen fallen weitere Kosten in Höhe von 200 EUR an. Zudem sorgen Sie mit einer professionellen Zahnreinigung für 110 EUR für ein strahlendes Lächeln. Für die Vorsorge, die gesetzlichen Zuzahlungen und die Heilpraktikerbehandlung inkl. Osteopathie erhalten Sie aus Ihrem Budget die vollen 530 EUR, zusätzlich werden Ihnen aus Ihrem Restbudget 70 EUR für die professionelle Zahnreinigung erstattet. Ihre Vorteile: In Summe schöpfen Sie Ihr gesamtes jährlich zur Verfügung stehendes Budget von 600 EUR aus. Und Sie müssen für die professionelle Zahnreinigung in diesem Jahr nur 40 EUR aus eigener Tasche zahlen.

Im darauffolgenden Kalenderjahr steht Ihnen erneut ein Budget von 600 EUR zur Verfügung, das von Ihnen wieder frei auf die abgesicherten Leistungsbe- reiche verteilt werden kann. Profitieren Sie also von Ihrem Budget und nutzen Sie es für eine flexible Leistungserbringung ganz nach Ihren Bedürfnissen.

A Für welche Personen ist *Mein Vitalbudget Komfort* möglich und welche zusätzlichen allgemeinen Regelungen gelten?

A.1 Versicherungsfähigkeit

Sie müssen in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

A.2 Kündigungsrecht des Versicherten / Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 Abs. 1 AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

A.3 Anpassung von Versicherungsleistungen

In Erweiterung zu § 18 AVB/S sind wir auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen unter den dort genannten Voraussetzungen anzupassen.

B Welche Leistungen erbringt *Mein Vitalbudget Komfort*?

Sie erhalten im Rahmen des von Ihnen versicherten Budgets erstattungsfähige Aufwendungen für die nachfolgend genannten medizinischen Behandlungen erstattet.

Welches Budget Sie versichert haben, erkennen Sie am Namen Ihres Tarifs: *Mein Vitalbudget Komfort 600* leistet bis zu 600 EUR für ein Kalenderjahr, *Mein Vitalbudget Komfort 1200* leistet bis zu 1.200 EUR für ein Kalenderjahr.

Das Budget gibt an, wie hoch unsere Versicherungsleistung für ein Kalenderjahr maximal ist. Erreichen Ihre erstattungsfähigen Aufwendungen das versicherte Budget für ein Kalenderjahr, werden darüber hinausgehende Ausgaben nicht mehr erstattet.

Ihre im Folgejahr anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen sind dann wieder bis zum versicherten Budget erstattungsfähig.

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heil- oder Vorsorgebehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.

Falls Ihre Versicherung nicht direkt im Januar, sondern erst später im Verlauf des Jahres beginnt, so reduziert sich Ihr verfügbares Budget für das erste Jahr um 1/12 für jeden Monat, in dem Sie noch nicht versichert waren. Ab dem zweiten Jahr steht Ihnen stets das volle Budget zu.

Im Rahmen Ihres Budgets werden die nach Vorleistung Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Heilfürsorge und Ihrer eventuell zusätzlich bestehenden privaten Zusatzversicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen übernommen. **Es gilt die entsprechende Klausel im Anhang.**

In Erweiterung von § 4 Abs. 2 der AVB/S können die tariflichen Leistungen auch durch Ärzte und Zahnärzte, die in einem Krankenhaus oder medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, erbracht werden. Versichert sind weiterhin im tariflichen Umfang ärztliche Leistungen einer Laborgemeinschaft, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

B.1 Vorsorgeaufwendungen inklusive Präventionskurse

Erstattungsfähig sind zu

100%

ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte zur gezielten Erkennung von Krankheiten.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

Erstattungsfähig sind auch Präventionskurse gemäß § 20 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

Außerdem gilt dies für Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger.

B.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind zu

100%

Schutzimpfungen, die durch die Ständige Impfkommission des Robert Koch Instituts (RKI) empfohlen werden.

Dies gilt auch für Schutzimpfungen, die aufgrund beruflicher oder privater Reisen notwendig werden. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Malaria prophylaxe und reisemedizinische Beratungen durch Ärzte.

Außerdem gilt dies für Gripeschutzimpfungen in Apotheken.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der GOÄ entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

B.3 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind zu

100%

medizinisch notwendige Sehhilfen und brechkraftverändernde Augenoperationen bis insgesamt maximal

180 EUR

pro Kalenderjahr.

Zu den Sehhilfen zählen Brillengläser, Brillengestelle und Haftschnallen sowie Reparaturleistungen, außerdem Sonnenbrillen mit Sechstärkengläsern.

Beim Bezug von Sehhilfen ist abweichend von § 4 Abs. 3 AVB/S anstelle einer ärztlichen Verordnung auch eine Refraktionsbestimmung durch den Optiker ausreichend.

B.4 Sonstige Hilfsmittel außer Sehhilfen

Erstattungsfähig sind zu

100%

sonstige Hilfsmittel (außer Sehhilfen), sofern diese ärztlich verordnet sind.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen auch die gesetzlichen Zuzahlungen für Hilfsmittel nach § 61 SGB V. Diese werden nach B.8 erstattet.

Erstattungsfähig sind technische Hilfsmittel sowie Körperersatzstücke (einschließlich deren Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch), sofern sie

- Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- zur Therapie oder Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z.B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) oder
- zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind insbesondere Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe (maximal 1 Paar pro Kalenderjahr, abzüglich 70 EUR Eigenanteil für normales Schuhwerk),
- Schuheinlagen (maximal 2 Paar pro Kalenderjahr),
- Voll- oder Teilperücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren.

Nicht erstattet werden die Mehrkosten für Aufwendungen über das medizinisch notwendige Maß hinaus. Außerdem von der Erstattung ausgeschlossen sind Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (zum Beispiel Batterien, Strom, Wasser). Ausgenommen von diesem Ausschluss sind Batterien für Hörgeräte, diese sind erstattungsfähig. Zudem ausgeschlossen sind Kosten für Hilfsmittel, die zum täglichen Bedarf einer gesunden Person gehören (zum Beispiel Hygieneartikel, Toilettenpapier) oder die den Bereichen Fitness bzw. Wellness zuzuordnen sind sowie Hilfsmittel, für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist. Nicht erstattungsfähig sind darüber hinaus Fieberthermometer, Blutdruck- oder Pulsmessgeräte.

B.5 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind zu

100%

Arznei- und Verbandmittel, sofern diese von Ärzten oder Zahnärzten verordnet sind.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen auch die gesetzlichen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel nach § 61 SGB V. Diese werden nach B.8 erstattet.

Nicht erstattet werden, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind oder wenn sie für weitere Erkrankungen zugelassen oder verordnet sind:

Haarwuchs-, Abmagerungs-, Nähr- und Stärkungsmittel, Mittel zur Empfängnisverhütung oder Mittel zur Behebung einer erektilen Dysfunktion.

Hingegen erstattet werden Abmagerungsmittel, die auch für Diabeteserkrankungen zugelassen und hierfür auch vom Arzt verordnet sind.

B.6 Heilmittel

Erstattungsfähig sind zu

100%

Heilmittel, sofern diese ärztlich verordnet sind und von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Masseure, Krankengymnasten, Diätassistenten) erbracht werden.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen auch die gesetzlichen Zuzahlungen für Heilmittel nach § 61 SGB V. Diese werden nach B.8 erstattet.

Erstattungsfähig sind Heilmittel in Umfang und Höhe gemäß der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). Unter www.wuerttembergische.de/go/media/heilmittel-verzeichnis finden Sie eine aktuelle Liste des Heilmittelverzeichnisses der Bundesbeihilfeverordnung.

B.7 Heilbehandlungen durch Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte, Osteopathie

Erstattungsfähig sind zu

100%

die in B.7.1, B.7.2 und B.7.3 genannten Leistungen bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von maximal

200 EUR

pro Kalenderjahr.

Einschränkungen der Leistungspflicht gemäß § 4 Abs. 7 AVB/S finden hier keine Anwendung.

B.7.1 Heilbehandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Behandlungen, Verordnungen und Untersuchungen durch Heilpraktiker (dazu zählen auch sektorale Heilpraktiker) nach dem gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) inklusive in Auftrag gegebener Laboruntersuchungen.

Erstattungsfähig sind Gebühren bis zu den Höchstbeträgen des GebÜH.

Nicht erstattungsfähig sind durch Heilpraktiker erbrachte Psychotherapie sowie durch Heilpraktiker verordnete, auch wenn sie für weitere Erkrankungen zugelassen oder verordnet sind, Haarwuchs-, Abmagerungs-, Nähr- und Stärkungsmittel, Mittel zur Empfängnisverhütung oder Mittel zur Behebung einer erektilen Dysfunktion.

B.7.2 Naturheilverfahren durch Ärzte

Erstattungsfähig sind im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte inklusive in Auftrag gegebener Laboruntersuchungen.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der GOÄ entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

B.7.3 Osteopathische Leistungen

Erstattungsfähig sind osteopathische Leistungen, wenn mindestens eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die Leistungen sind von einem Arzt schriftlich auf einem Privatrezept verordnet worden, oder
- die Leistungen wurden von zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Ärzten, Physiotherapeuten oder sonstigen Leistungserbringern durchgeführt, die Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

B.8 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattungsfähig sind zu

100%

die gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V.

Die wichtigsten Fälle, bei denen eine gesetzliche Zuzahlung erstattet wird, sind nachfolgend aufgeführt:

- Hilfsmittel gemäß § 33 Abs. 8 SGB V,
- Arznei- und Verbandmittel gemäß § 31 Abs. 3 SGB V,
- Heilmittel gemäß § 32 Abs. 2 SGB V,
- eine vollstationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V,
- eine häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 5 SGB V,
- eine Soziotherapie gemäß § 37a Abs. 3 SGB V,
- eine Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 5 SGB V,
- eine Anschlussheilbehandlung gemäß § 40 Abs. 6 SGB V,
- eine stationäre oder ambulante Rehabilitationsbehandlung gemäß § 40 Abs. 5, § 41 Abs. 3 SGB V,
- Fahrtkosten zum Arzt oder zum Krankenhaus gemäß § 60 Abs. 2 SGB V.

Soweit für Heilfürsorgeempfänger die vorstehend aufgeführten Zuzahlungen anfallen, sind diese ebenfalls erstattungsfähig.

B.9 Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung

Erstattungsfähig ist bei ambulanter Behandlung durch Zahnärzte/Zahnärztinnen oder zahnmedizinische Fachassistenten/-innen (Dentalhygieniker/-innen) zu

100%

Zahnprophylaxe inklusive der professionellen Zahnreinigung bis maximal

80 EUR

pro Kalenderjahr.

Als Zahnprophylaxe gelten zum Beispiel: Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen, Erstellung eines Mundhygienestatus, Fissurenversiegelung und Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

B.10 Freie Krankenhauswahl

Erstattungsfähig sind für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, auch über die versicherte Budgethöhe hinaus, zu

100%

Mehrkosten bei freier Krankenhauswahl, sofern Ihre GKV eine Vorleistung für die allgemeinen Krankenhausleistungen erbringt.

Hinweis: Für Empfänger freier Heilfürsorge gilt dieser Leistungsanspruch nicht.

C Beiträge

Ihre monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Der Beitrag wird einheitlich für die Altersgruppe 0-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60 sowie ab 61 Jahren berechnet. Bei Erreichen der höheren Altersgruppe ist der entsprechende Beitrag zu zahlen.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Anhang zum Tarif Mein Vitalbudget Komfort – Definitionen und Erklärungen zum Tarif Mein Vitalbudget Komfort

Gültig ab 1. Juni 2024

Übersicht

In diesem Anhang erläutern wir Ihnen in alphabetischer Reihenfolge folgende Begriffe im Detail:

- Freie Krankenhauswahl,
- GOÄ/GOZ,
- Hufeland-Leistungsverzeichnis,
- Osteopathie,
- Präventionskurse,
- Rechnungseinreichung und Überweisung der Versicherungsleistungen,
- Sektoraler Heilpraktiker,
- Versicherungsleistungen im Ausland,
- Vorrang anderer Leistungserbringer.

Freie Krankenhauswahl

Wählen Sie als gesetzlich Versicherter für die stationäre Behandlung ein anderes Krankenhaus in Deutschland als das in der ärztlichen Einweisung genannte, können Restkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Ihnen verbleiben (maximal die Differenz zu den allgemeinen Krankenhausleistungen des in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses). Das sind die Mehrkosten bei freier Krankenhauswahl.

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BPfV abrechnen (Privatkliniken), gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse).

Hat Ihre GKV keine angemessenen Vorleistungen erbracht, so werden auch dann die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Als angemessen gelten Kosten, die der Höhe nach den Kosten entsprechen, wie sie nach KHEntgG bzw. BPfV für ein öffentliches Krankenhaus angefallen wären.

GOÄ/GOZ

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privatärztlicher beziehungsweise privatzahnärztlicher Leistungen, also medizinische und zahnmedizinische Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. In ihnen sind die einzelnen ärztlichen beziehungsweise zahnärztlichen Leistungen mit ihren Bewertungen verzeichnet.

GOÄ und GOZ werden mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnungen der Bundesregierung erlassen.

Hufeland-Leistungsverzeichnis

Das Hufelandverzeichnis bzw. Hufeland-Leistungsverzeichnis der „besonderen Therapierichtungen“ ist eine ausführliche Auflistung naturheilkundlicher Leistungen für naturheilkundlich tätige Ärzte.

Das Hufelandverzeichnis enthält alle naturheilkundlichen Diagnostik- und Therapieverfahren, die theoretisch erklärbar und praktisch bewährt und die lehr- und lernbar sind. Es wird herausgegeben von der Hufelandgesellschaft e.V., der u.a. alle namhaften Ärztesellschaften für die verschiedenen Naturheilverfahren angeschlossen sind.

Osteopathie

Osteopathie ist eine eigenständige ganzheitliche Form der Medizin, in der Diagnostik und Behandlung mit den Händen erfolgen. Osteopathie geht dabei den Ursachen von Beschwerden auf den Grund und behandelt den Menschen in seiner Gesamtheit.

Vor über 140 Jahren entwickelte der amerikanische Arzt Andrew Taylor Still nach intensiver Forschung die Prinzipien der Osteopathie und begründete damit eine neue Richtung der Medizin. Seitdem wird die Osteopathie stetig weiterentwickelt.

Osteopathie baut auf den körpereigenen Selbstheilungs- und Selbstregulationskräften auf. Krankheiten und Störungen entstehen oftmals dadurch, dass der Körper die Fähigkeit zur Selbstregulierung verliert. An diesem Punkt setzt die Osteopathie an und mobilisiert die Selbstheilungskräfte des Körpers.

Jedes Körperteil, jedes Organ benötigt zum optimalen Funktionieren ausreichende Bewegungsfreiheit. Ziel osteopathischer Behandlungen ist es, Blockaden und Gewebespannung zu lösen und somit die Beweglichkeit wiederherzustellen. Osteopathen forschen dabei immer nach den Ursachen von Beschwerden und beschränken sich nicht auf die Behandlung einzelner Symptome. Es werden also keine Krankheiten im eigentlichen Sinne behandelt, sondern deren Auslöser, wie beispielsweise Bewegungsstörungen.

Präventionskurse

Sie bekommen die Kosten für Präventionskurse gemäß § 20 SGB V erstattet.

Dabei handelt es sich um Kurse zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns. Die Kurse müssen von der zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert sein.

Eine detaillierte Auflistung der erstattungsfähigen Kurse finden Sie auf der Internetseite des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen.

Rechnungseinreichung und Überweisung der Versicherungsleistungen

Ergänzend zu § 6 Abs. 1 AVB/S können als Nachweis Rechnungen auch per Upload bei den digitalen Anwendungen der Württembergischen vorgelegt werden.

In Ausweitung des § 6 Abs. 5 AVB/S erfolgt innerhalb des SEPA-Zahlungsraums die Überweisung der Versicherungsleistungen in EUR kostenfrei.

Sektoraler Heilpraktiker

Normalerweise benötigt ein Patient immer die Verordnung eines Arztes, z.B. für physiotherapeutische Behandlung. Bei einem sektoralen Heilpraktiker finden Diagnose, Rezeptverschreibung und Therapie unter einem Dach statt.

Versicherungsleistungen im Ausland

Unsere Versicherungsleistungen erbringen wir auch für Behandlungen im Ausland.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären.

Dauert ein Auslandsaufenthalt länger als 6 Monate, so gelten ab dem 7. Monat die Regelungen der AVB Teil I (AVB/S) § 1 Abs. 6 und § 15 Abs. 3.

In Abwandlung zu § 5 Abs. 1a AVB/S entfällt die Leistungspflicht im Fall eines Krieges im Ausland dann nicht, wenn der Ausbruch eines Krieges oder Bürgerkrieges unvorhersehbar war. Als unvorhersehbar gilt der Krieg oder Bürgerkrieg, sofern vor Reisebeginn der versicherten Person für das Reisegebiet keine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes ausgesprochen wurde.

Vorrang anderer Leistungserbringer

Falls Kosten, die durch diesen Tarif dem Grunde nach erstattungsfähig sind, auch bei Ihrer GKV, der Heilfürsorge oder Ihrer eventuell zusätzlich bestehenden privaten Krankenzusatzversicherung erstattungsfähig sind, geht dieser Anspruch der Leistungsverpflichtung des Tarifs *Mein Vitalbudget Komfort* vor. Erstattungsfähig sind im Tarif *Mein Vitalbudget Komfort* ausschließlich die verbleibenden Aufwendungen nach Abzug dieser Vorleistung. Dies gilt auch dann, wenn in der anderweitigen Versicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart wurde und unabhängig davon, wann der anderweitige Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Teil II Tarif Mein Vitalbudget Premium (VitaP)

Zusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Bei diesen Tarifbedingungen handelt es sich um Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer privaten Krankenversicherung bei der Württembergische Krankenversicherung AG. Daneben gibt es noch einen Teil I, die AVB/S. Der Anhang zum Tarif *Mein Vitalbudget Premium* ist ebenfalls Vertragsbestandteil. Dort finden Sie insbesondere Definitionen und ausführlichere Erklärungen sowie weitere vertragliche Regelungen der einzelnen Leistungen.

Gültig ab 1. Juni 2024

Leistungsübersicht

Die nachfolgende Übersicht gibt Ihnen einen Überblick über die Leistungen des Tarifs *Mein Vitalbudget Premium*. Für die genauen Details sehen Sie bitte unter B „Welche Leistungen erbringt *Mein Vitalbudget Premium*?“ sowie im Anhang „Definitionen und Erklärungen zum Tarif *Mein Vitalbudget Premium*“ nach.

Wichtig: Die Gesamterstattung eines Kalenderjahres ist auf die versicherte Budgethöhe des jeweiligen Tarifs, also auf

- **600 EUR im Tarif *Mein Vitalbudget Premium 600 (VitaP600)* oder**

- **1.200 EUR im Tarif *Mein Vitalbudget Premium 1200 (VitaP1200)*,**

begrenzt.

	Erstattung zu
Vorsorgeuntersuchungen inkl. zertifizierter Präventionskurse	100%
Schutzimpfungen	100%
Sehhilfen inkl. brechkraftverändernder Augenoperationen	100%, max. 180 EUR pro Kalenderjahr
Arznei- und Verbandmittel inkl. gesetzlicher Zuzahlung	100%
Heil- und Hilfsmittel inkl. gesetzlicher Zuzahlung	100%
Weitere gesetzliche Zuzahlungen zum Beispiel bei stationärer Behandlung	100%
Heilpraktiker; Naturheilverfahren durch Ärzte; Osteopathie	100%, max. 200 EUR pro Kalenderjahr
Zahnprophylaxe inkl. professioneller Zahnreinigung	100%, max. 80 EUR pro Kalenderjahr
Zahnersatz und Zahnbehandlung inkl. Aufbissbehelfen und Schienen sowie besonderer Maßnahmen zur Schmerzausschaltung	100%
Kieferorthopädie	100%
Freie Krankenhauswahl für gesetzlich Versicherte	100%, auch über die versicherte Budgethöhe hinaus

Beispiel für die Leistungen des Tarifs *Mein Vitalbudget Premium*:

Nehmen wir beispielhaft an, Sie haben den Tarif *Mein Vitalbudget Premium 600* abgeschlossen. Das heißt, Ihnen steht ein jährliches Budget von 600 EUR zur Verfügung, das Sie frei für die im Tarif enthaltenen Leistungsbereiche nutzen können.

Folgendes Beispiel zeigt, wie Sie in diesem Fall bestmöglich von der flexiblen Absicherung des Budgettarifs profitieren können:

Sie nehmen innerhalb eines Kalenderjahres Vorsorgeuntersuchungen in Höhe von 280 EUR in Anspruch, außerdem hat Ihnen Ihr Arzt verschiedene Arznei- und Heilmittel verordnet, für die gesetzliche Zuzahlungen von 50 EUR für Sie anfallen. Für eine Wurzelbehandlung beim Zahnarzt fallen weitere Kosten in Höhe von 200 EUR an. Zudem sorgen Sie mit einer professionellen Zahnreinigung für 110 EUR für ein strahlendes Lächeln. Für die Vorsorge, die gesetzlichen Zuzahlungen und die Zahnbehandlung erhalten Sie aus Ihrem Budget die vollen 530 EUR, zusätzlich werden Ihnen aus Ihrem Restbudget 70 EUR für die professionelle Zahnreinigung erstattet. Ihre Vorteile: In Summe schöpfen Sie Ihr gesamtes jährlich zur Verfügung stehendes Budget von 600 EUR aus. Und Sie müssen für die professionelle Zahnreinigung in diesem Jahr nur 40 EUR aus eigener Tasche zahlen.

Im darauffolgenden Kalenderjahr steht Ihnen erneut ein Budget von 600 EUR zur Verfügung, das von Ihnen wieder frei auf die abgesicherten Leistungsbereiche verteilt werden kann. Profitieren Sie also von Ihrem Budget und nutzen Sie es für eine flexible Leistungserbringung ganz nach Ihren Bedürfnissen.

A Für welche Personen ist *Mein Vitalbudget Premium* möglich und welche zusätzlichen allgemeinen Regelungen gelten?

A.1 Versicherungsfähigkeit

Sie müssen in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Außerdem müssen Sie für eine Versicherung im Tarif *Mein Vitalbudget Premium 1200* mindestens 21 Jahre alt sein. Sind Sie jünger als 21 Jahre, besteht im Tarif *Mein Vitalbudget Premium 1200* keine Versicherungsfähigkeit.

Der Tarif *Mein Vitalbudget Premium* ist insbesondere **nicht** mit anderen Zahnbehandlungs- und Zahnersatzversicherungen der Württembergische Krankenversicherung AG oder eines anderen privaten Krankenversicherers versicherbar.

A.2 Kündigungsrecht des Versicherers / Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 Abs. 1 AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

A.3 Anpassung von Versicherungsleistungen

In Erweiterung zu § 18 AVB/S sind wir auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen unter den dort genannten Voraussetzungen anzupassen.

B Welche Leistungen erbringt *Mein Vitalbudget Premium*?

Sie erhalten im Rahmen des von Ihnen versicherten Budgets erstattungsfähige Aufwendungen für die nachfolgend genannten medizinischen Behandlungen erstattet.

Welches Budget Sie versichert haben, erkennen Sie am Namen Ihres Tarifs: *Mein Vitalbudget Premium 600* leistet bis zu 600 EUR für ein Kalenderjahr, *Mein Vitalbudget Premium 1200* leistet bis zu 1.200 EUR für ein Kalenderjahr.

Das Budget gibt an, wie hoch unsere Versicherungsleistung für ein Kalenderjahr maximal ist. Erreichen Ihre erstattungsfähigen Aufwendungen das versicherte Budget für ein Kalenderjahr, werden darüber hinausgehende Ausgaben nicht mehr erstattet.

Ihre im Folgejahr anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen sind dann wieder bis zum versicherten Budget erstattungsfähig.

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heil- oder Vorsorgebehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.

Falls Ihre Versicherung nicht direkt im Januar, sondern erst später im Verlauf des Jahres beginnt, so reduziert sich Ihr verfügbares Budget für das erste Jahr um 1/12 für jeden Monat, in dem Sie noch nicht versichert waren. Ab dem zweiten Jahr steht Ihnen stets das volle Budget zu.

Im Rahmen Ihres Budgets werden die nach Vorleistung Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Heilfürsorge und Ihrer eventuell zusätzlich bestehenden privaten Zusatzversicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen übernommen. **Es gilt die entsprechende Klausel im Anhang.**

In Erweiterung von § 4 Abs. 2 der AVB/S können die tariflichen Leistungen auch durch Ärzte und Zahnärzte, die in einem Krankenhaus oder medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, erbracht werden. Versichert sind weiterhin im tariflichen Umfang ärztliche Leistungen einer Labordiagnostik, eines Zentrums für Radiologie sowie von Notärzten und ärztlichen Akutdiensten.

B.1 Vorsorgeaufwendungen inklusive Präventionskurse

Erstattungsfähig sind zu

100%

ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte zur gezielten Erkennung von Krankheiten.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

Erstattungsfähig sind auch Präventionskurse gemäß § 20 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

Außerdem gilt dies für Geburtsvorbereitungskurse durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger.

B.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind zu

100%

Schutzimpfungen, die durch die Ständige Impfkommission des Robert Koch Instituts (RKI) empfohlen werden.

Dies gilt auch für Schutzimpfungen, die aufgrund beruflicher oder privater Reisen notwendig werden. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Malaria prophylaxe und reisemedizinische Beratungen durch Ärzte.

Außerdem gilt dies für Gripeschutzimpfungen in Apotheken.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der GOÄ entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

B.3 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind zu

100%

medizinisch notwendige Sehhilfen und brechkraftverändernde Augenoperationen bis insgesamt maximal

180 EUR

pro Kalenderjahr.

Zu den Sehhilfen zählen Brillengläser, Brillengestelle und Haftschaalen sowie Reparaturleistungen, außerdem Sonnenbrillen mit Sehstärkegläsern.

Beim Bezug von Sehhilfen ist abweichend von § 4 Abs. 3 AVB/S anstelle einer ärztlichen Verordnung auch eine Refraktionsbestimmung durch den Optiker ausreichend.

B.4 Sonstige Hilfsmittel außer Sehhilfen

Erstattungsfähig sind zu

100%

sonstige Hilfsmittel (außer Sehhilfen), sofern diese ärztlich verordnet sind.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen auch die gesetzlichen Zuzahlungen für Hilfsmittel nach § 61 SGB V. Diese werden nach B.8 erstattet.

Erstattungsfähig sind technische Hilfsmittel sowie Körpersersatzstücke (einschließlich deren Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch), sofern sie

- Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- zur Therapie oder Diagnostik erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern (z.B. Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik inklusive der notwendigen Sensoren) oder
- zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig sind insbesondere Aufwendungen für

- orthopädische Maßschuhe (maximal 1 Paar pro Kalenderjahr, abzüglich 70 EUR Eigenanteil für normales Schuhwerk),
- Schuheinlagen (maximal 2 Paar pro Kalenderjahr),
- Voll- oder Teilverücken bei Haarausfall nach Chemotherapie oder bei kreisrundem Haarausfall (alopecia areata) einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren sowie
- ärztlich verordnete Allergikerbettwäsche einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren.

Nicht erstattet werden die Mehrkosten für Aufwendungen über das medizinisch notwendige Maß hinaus. Außerdem von der Erstattung ausgeschlossen sind Kosten zum Unterhalt bzw. Betrieb eines Hilfsmittels (zum Beispiel Batterien, Strom, Wasser). Ausgenommen von diesem Ausschluss sind Batterien für Hörgeräte, diese sind erstattungsfähig. Zudem ausgeschlossen sind Kosten für Hilfsmittel, die zum täglichen Bedarf einer gesunden Person gehören (zum Beispiel Hygieneartikel, Toilettenpapier) oder die den Bereichen Fitness bzw. Wellness zuzuordnen sind sowie Hilfsmittel, für die die Pflegepflichtversicherung leistungspflichtig ist. Nicht erstattungsfähig sind darüber hinaus Fieberthermometer, Blutdruck- oder Pulsmessgeräte.

B.5 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind zu

100%

Arznei- und Verbandmittel, sofern diese von Ärzten oder Zahnärzten verordnet sind.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen auch die gesetzlichen Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel nach § 61 SGB V. Diese werden nach B.8 erstattet.

Nicht erstattet werden, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind oder wenn sie für weitere Erkrankungen zugelassen oder verordnet sind:

Haarwuchs-, Abmagerungs-, Nähr- und Stärkungsmittel, Mittel zur Empfängnisverhütung oder Mittel zur Behebung einer erektilen Dysfunktion.

Hingegen erstattet werden Abmagerungsmittel, die auch für Diabeteserkrankungen zugelassen und hierfür auch vom Arzt verordnet sind.

B.6 Heilmittel

Erstattungsfähig sind zu

100%

Heilmittel, sofern diese ärztlich verordnet sind und von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (dazu gehören beispielsweise Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen, Massage, Krankengymnasten, Diätassistenten) erbracht werden.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen auch die gesetzlichen Zuzahlungen für Heilmittel nach § 61 SGB V. Diese werden nach B.8 erstattet.

Erstattungsfähig sind Heilmittel in Umfang und Höhe gemäß der gültigen Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). Unter www.wuerttembergische.de/go/media/heilmittel-verzeichnis finden Sie eine aktuelle Liste des Heilmittelverzeichnisses der Bundesbeihilfeverordnung.

B.7 Heilbehandlungen durch Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte, Osteopathie

Erstattungsfähig sind zu

100%

die in B.7.1, B.7.2 und B.7.3 genannten Leistungen bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von maximal

200 EUR

pro Kalenderjahr.

Einschränkungen der Leistungspflicht gemäß § 4 Abs. 7 AVB/S finden hierbei keine Anwendung.

B.7.1 Heilbehandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Behandlungen, Verordnungen und Untersuchungen durch Heilpraktiker (dazu zählen auch sektorale Heilpraktiker) nach dem gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) inklusive in Auftrag gegebener Laboruntersuchungen.

Erstattungsfähig sind Gebühren bis zu den Höchstbeträgen des GebÜH.

Nicht erstattungsfähig sind durch Heilpraktiker erbrachte Psychotherapie sowie durch Heilpraktiker verordnete, auch wenn sie für weitere Erkrankungen zugelassen oder verordnet sind, Haarwuchs-, Abmagerungs-, Nähr- und Stärkungsmittel, Mittel zur Empfängnisverhütung oder Mittel zur Behebung einer erektilen Dysfunktion.

B.7.2 Naturheilverfahren durch Ärzte

Erstattungsfähig sind im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte inklusive in Auftrag gegebener Laboruntersuchungen.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der GOÄ entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

B.7.3 Osteopathische Leistungen

Erstattungsfähig sind osteopathische Leistungen, wenn mindestens eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die Leistungen sind von einem Arzt schriftlich auf einem Privatrezept verordnet worden, oder
- die Leistungen wurden von zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Ärzten, Physiotherapeuten oder sonstigen Leistungserbringern durchgeführt, die Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

B.8 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattungsfähig sind zu

100%

die gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V.

Die wichtigsten Fälle, bei denen eine gesetzliche Zuzahlung erstattet wird, sind nachfolgend aufgeführt:

- Hilfsmittel gemäß § 33 Abs. 8 SGB V,
- Arznei- und Verbandmittel gemäß § 31 Abs. 3 SGB V,
- Heilmittel gemäß § 32 Abs. 2 SGB V,
- eine vollstationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V,
- eine häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 5 SGB V,
- eine Soziotherapie gemäß § 37a Abs. 3 SGB V,
- eine Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 5 SGB V,
- eine Anschlussheilbehandlung gemäß § 40 Abs. 6 SGB V,
- eine stationäre oder ambulante Rehabilitationsbehandlung gemäß § 40 Abs. 5, § 41 Abs. 3 SGB V,
- Fahrtkosten zum Arzt oder zum Krankenhaus gemäß § 60 Abs. 2 SGB V.

Soweit für Heilfürsorgeempfänger die vorstehend aufgeführten Zuzahlungen anfallen, sind diese ebenfalls erstattungsfähig.

B.9 Zahnprophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung

Erstattungsfähig ist bei ambulanter Behandlung durch Zahnärzte/Zahnärztinnen oder zahnmedizinische Fachassistenten/-innen (Dentalhygieniker/-innen) zu

100%

Zahnprophylaxe inklusive der professionellen Zahnreinigung bis maximal

80 EUR

pro Kalenderjahr.

Als Zahnprophylaxe gelten zum Beispiel: Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen, Erstellung eines Mundhygienestatus, Fissurenversiegelung und Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten.

B.10 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Erstattungsfähig sind bei zahnärztlicher Behandlung zu

100%

Maßnahmen zur Zahnbehandlung oder zum Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufbissbehelfe und Schienen, besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung und zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten), sofern diese jeweils in direktem Zusammenhang mit den Zahnersatz- oder Zahnbehandlungsmaßnahmen stehen.

Nicht erstattet wird in diesem Umfang Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung sowie stationär durchgeführte Zahnbehandlung. Die Erstattung der Zahnprophylaxe und professionellen Zahnreinigung erfolgt nach B.9.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der GOZ bzw. GOÄ entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten. Darüber hinaus sind zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) gemäß § 9 GOZ erstattungsfähig.

B.11 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind zu

100%

die in B.11.1 und B.11.2 genannten Leistungen.

Erstattungsfähig sind nur die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der GOZ bzw. GOÄ entsprechen und deren Höchstsätze nicht überschreiten. Zahntechnische Leistungen sind nach den Bestimmungen der GOZ erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind auch besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, sofern diese in direktem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Maßnahme gemäß B.11.1 oder B.11.2 stehen.

B.11.1 Kieferorthopädie vor Vollendung des 18. Lebensjahres

Erstattungsfähig sind kieferorthopädische Behandlungen, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres beginnen.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 – 5. Bei diesen Indikationsgruppen erkennen wir die medizinische Notwendigkeit stets an.

Hinweis: In Tarif Mein Vitalbudget Premium 1200 besteht erst ab einem Alter von 21 Jahren Versicherungsfähigkeit. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch § 2 Abs. 1 AVB/S zu vor Versicherungsbeginn eingetretenen Versicherungsfällen.

B.11.2 Kieferorthopädie nach Vollendung des 18. Lebensjahres

Erstattungsfähig sind auch kieferorthopädische Behandlungen, die nach Vollendung des 18. Lebensjahres beginnen. Dies gilt allerdings nur dann, sofern die kieferorthopädische Behandlung nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen ist, der nach Versicherungsbeginn in diesem Tarif stattgefunden hat.

B.12 Freie Krankenhauswahl

Erstattungsfähig sind für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, auch über die versicherte Budgethöhe hinaus, zu

100%

Mehrkosten bei freier Krankenhauswahl, sofern Ihre GKV eine Vorleistung für die allgemeinen Krankenhausleistungen erbringt.

Hinweis: Für Empfänger freier Heilfürsorge gilt dieser Leistungsanspruch nicht.

C Beiträge

Ihre monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Der Beitrag wird einheitlich für die Altersgruppe 0-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60 sowie ab 61 Jahren berechnet. Bei Erreichen der höheren Altersgruppe ist der entsprechende Beitrag zu zahlen. Die Altersgruppe 0-20 besteht nicht beim Tarif *Mein Vitalbudget Premium 1200*.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Anhang zum Tarif Mein Vitalbudget Premium – Definitionen und Erklärungen zum Tarif Mein Vitalbudget Premium

Gültig ab 1. Juni 2024

Übersicht

In diesem Anhang erläutern wir Ihnen in alphabetischer Reihenfolge folgende Begriffe im Detail:

- Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bei Kieferorthopädie nach Unfall / für Kinder, Zahnbehandlung und Zahnersatz,
- Freie Krankenhauswahl,
- GOÄ/GOZ,
- Hufeland-Leistungsverzeichnis,
- Kieferorthopädie,
- Osteopathie,
- Präventionskurse,
- Rechnungseinreichung und Überweisung der Versicherungsleistungen,
- Sektoraler Heilpraktiker,
- Unfall,
- Versicherungsleistungen im Ausland,
- Vorrang anderer Leistungserbringer,
- Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bei Kieferorthopädie nach Unfall / für Kinder, Zahnbehandlung und Zahnersatz

Sie bekommen im Zusammenhang mit Ihrer kieferorthopädischen Behandlung, Ihrer Zahnbehandlung oder Ihrem Zahnersatz Kosten für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet. Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf), Vollnarkose, Lachgas-Sedierung, Akupunktur und Hypnose.

Freie Krankenhauswahl

Wählen Sie als gesetzlich Versicherter für die stationäre Behandlung ein anderes Krankenhaus in Deutschland als das in der ärztlichen Einweisung genannte, können Restkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Ihnen verbleiben (maximal die Differenz zu den allgemeinen Krankenhausleistungen des in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses). Das sind die Mehrkosten bei freier Krankenhauswahl.

In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHEntgG bzw. der BPFV abrechnen (Privatkliniken), gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse).

Hat Ihre GKV keine angemessenen Vorleistungen erbracht, so werden auch dann die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Als angemessen gelten Kosten, die der Höhe nach den Kosten entsprechen, wie sie nach KHEntgG bzw. BPFV für ein öffentliches Krankenhaus angefallen wären.

GOÄ/GOZ

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privatärztlicher beziehungsweise privatzahnärztlicher Leistungen, also medizinische und zahnmedizinische Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. In ihnen sind die einzelnen ärztlichen beziehungsweise zahnärztlichen Leistungen mit ihren Bewertungen verzeichnet.

GOÄ und GOZ werden mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnungen der Bundesregierung erlassen.

Hufeland-Leistungsverzeichnis

Das Hufelandverzeichnis bzw. Hufeland-Leistungsverzeichnis der „besonderen Therapierichtungen“ ist eine ausführliche Auflistung naturheilkundlicher Leistungen für naturheilkundlich tätige Ärzte.

Das Hufelandverzeichnis enthält alle naturheilkundlichen Diagnostik- und Therapieverfahren, die theoretisch erklärbar und praktisch bewährt und die lehr- und lernbar sind. Es wird herausgegeben von der Hufelandgesellschaft e.V., der u.a. alle namhaften Ärztegesellschaften für die verschiedenen Naturheilverfahren angeschlossen sind.

Kieferorthopädie

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, sofern sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Kieferorthopädie stehen:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
- chirurgische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumetomographie),
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Osteopathie

Osteopathie ist eine eigenständige ganzheitliche Form der Medizin, in der Diagnostik und Behandlung mit den Händen erfolgen. Osteopathie geht dabei den Ursachen von Beschwerden auf den Grund und behandelt den Menschen in seiner Gesamtheit.

Vor über 140 Jahren entwickelte der amerikanische Arzt Andrew Taylor Still nach intensiver Forschung die Prinzipien der Osteopathie und begründete damit eine neue Richtung der Medizin. Seitdem wird die Osteopathie stetig weiterentwickelt.

Osteopathie baut auf den körpereigenen Selbstheilungs- und Selbstregulationskräften auf. Krankheiten und Störungen entstehen oftmals dadurch, dass der Körper die Fähigkeit zur Selbstregulierung verliert. An diesem Punkt setzt die Osteopathie an und mobilisiert die Selbstheilungskräfte des Körpers.

Jedes Körperteil, jedes Organ benötigt zum optimalen Funktionieren ausreichende Bewegungsfreiheit. Ziel osteopathischer Behandlungen ist es, Blockaden und Gewebespannung zu lösen und somit die Beweglichkeit wiederherzustellen. Osteopathen forschen dabei immer nach den Ursachen von Beschwerden und beschränken sich nicht auf die Behandlung einzelner Symptome. Es werden also keine Krankheiten im eigentlichen Sinne behandelt, sondern deren Auslöser, wie beispielsweise Bewegungsstörungen.

Präventionskurse

Sie bekommen die Kosten für Präventionskurse gemäß § 20 SGB V erstattet.

Dabei handelt es sich um Kurse zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns. Die Kurse müssen von der zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert sein.

Eine detaillierte Auflistung der erstattungsfähigen Kurse finden Sie auf der Internetseite des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen.

Rechnungseinreichung und Überweisung der Versicherungsleistungen

Ergänzend zu § 6 Abs. 1 AVB/S können als Nachweis Rechnungen auch per Upload bei den digitalen Anwendungen der Württembergischen vorgelegt werden.

In Ausweitung des § 6 Abs. 5 AVB/S erfolgt innerhalb des SEPA-Zahlungsraums die Überweisung der Versicherungsleistungen in EUR kostenfrei.

Sektoraler Heilpraktiker

Normalerweise benötigt ein Patient immer die Verordnung eines Arztes, z.B. für physiotherapeutische Behandlung. Bei einem sektoralen Heilpraktiker finden Diagnose, Rezeptverschreibung und Therapie unter einem Dach statt.

Unfall

Ein Unfall liegt vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper einwirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden.

Versicherungsleistungen im Ausland

Unsere Versicherungsleistungen erbringen wir auch für Behandlungen im Ausland.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären.

Dauert ein Auslandsaufenthalt länger als 6 Monate, so gelten ab dem 7. Monat die Regelungen der AVB Teil I (AVB/S) § 1 Abs. 6 und § 15 Abs. 3.

In Abwandlung zu § 5 Abs. 1a AVB/S entfällt die Leistungspflicht im Fall eines Krieges im Ausland dann nicht, wenn der Ausbruch eines Krieges oder Bürgerkrieges unvorhersehbar war. Als unvorhersehbar gilt der Krieg oder Bürgerkrieg, sofern vor Reisebeginn der versicherten Person für das Reisegebiet keine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amts ausgesprochen wurde.

Vorrang anderer Leistungserbringer

Falls Kosten, die durch diesen Tarif dem Grunde nach erstattungsfähig sind, auch bei Ihrer GKV, der Heilfürsorge oder Ihrer eventuell zusätzlich bestehenden privaten Krankenzusatzversicherung erstattungsfähig sind, geht dieser Anspruch der Leistungsverpflichtung des Tarifs *Mein Vitalbudget Premium* vor. Erstattungsfähig sind im Tarif *Mein Vitalbudget Premium* ausschließlich die verbleibenden Aufwendungen nach Abzug dieser Vorleistung. Dies gilt auch dann, wenn in der anderweitigen Versicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart wurde und unabhängig davon, wann der anderweitige Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Als Zahnbehandlung gelten insbesondere, jedoch nicht abschließend:

- allgemeine zahnärztliche Leistungen und Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen (GOZ-Ziffern 0010-0120),
- konservierende Leistungen, insbesondere plastische Zahnfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen einschließlich elektrometrischer Wurzellängenmessungen, Wurzelfüllungen und Restaurationen mit Kompositmaterialien (GOZ-Ziffern 2010-2130, 2300, 2330, 2340, 2350-2440),
- chirurgische Maßnahmen (GOZ-Ziffern 3000-3100, 3110-3310),
- parodontologische Leistungen mit Knochenaufbau (GOZ-Ziffern 4000-4150), Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime einschließlich Bakterienanalyse, Einsatz von VECTOR-Technologie.

Als Zahnersatz gelten:

- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stützkrone,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahns oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- Veneers, soweit deren Einsatz nicht nur aus kosmetischen Gründen erfolgt,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,

- implantologische Leistungen, insbesondere die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit sowie
- Keramikverblendungen bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) jedes Quadranten.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, sofern sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Zahnbehandlung oder zum Zahnersatz stehen, außerdem:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (mit Ausnahme von Protrusionsschienen) einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z.B. Entfernen von Zähnen,
- chirurgische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumetomographie),
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).