



ADVIGON



Ihre Verbraucherinformation

Krankenzusatzversicherung
Januar 2026

Übersicht

Herzlich willkommen bei der Advigon	3
Was ist im Leistungsfall zu tun?	4
Wichtige Informationen	5
Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	8
Mitteilung über die Folgen einer Obliegenheitsverletzung	10
Allgemeine Versicherungsbedingungen Grundbedingungen	11
Tarife	
privat ambulant	21
AV	23
AH	25
AZB2	26
AZB3	27
AZE1	29
AZE4	30
Anhang privat ambulant	32
SGK	34
Anhang SGK	36

DER VERSICHERUNGSVERTRAG wird, wie kaum ein anderer Vertrag, von gegenseitigem Vertrauen geprägt.

DIE VERBRAUCHERINFORMATION ist eine vom Gesetzgeber vorgeschriebene Maßnahme, die Ihnen als Versicherungsnehmer ein größtmögliches Maß an Informationen über Ihren Versicherungsschutz garantiert.

Diese Broschüre enthält alle für Ihren Versicherungsschutz wichtigen Angaben und die Versicherungsbedingungen. Bewahren Sie bitte deshalb die Unterlagen sorgfältig bei Ihren Versicherungspapieren auf.



Liebe Kundin, lieber Kunde, herzlich willkommen bei der Advigon!

Wir freuen uns, Sie in der Advigon Produktwelt zu begrüßen. Uns liegt die Gesundheit und Zufriedenheit unserer Kunden sehr am Herzen. Dies spiegelt sich sowohl in unseren Produkten als auch im Kundenservice wider. Wir bieten Ihnen eine persönliche Kundenberatung, schnelle und flexible Lösungen und zeitgemäß maßgeschneiderte Produkte im ambulanten und stationären Ergänzungsschutz für gesetzlich Krankenversicherte.

Was verbirgt sich auf den nächsten Seiten?

Diese Broschüre informiert Sie über alle Fragen, die Ihren Versicherungsvertrag betreffen; insbesondere sind darin Angaben über Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes enthalten. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sind rechtsverbindlich und regeln alle gegenseitigen Rechte und Pflichten.

Die AVB setzen sich aus Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung und den Tarifen der Advigon zusammen.

Für alle Fragen sind wir gerne für Sie da.

Hier finden Sie alle wichtigen Kontaktdaten auf einen Blick:

Kontakt zu Vertragsfragen:

TEL: 040 5555-4010
FAX: 040 5555-4041
E-MAIL: kv-vertrag@advigon.com
WEB: www.advigon.com

Advigon Versicherung AG
KV-Vertragsservice
20911 Hamburg

Kontakt zu Leistungsfragen:

TEL: 040 5555-4050
FAX: 040 5555-4041
E-MAIL: kv-leistung@advigon.com
WEB: www.advigon.com

Advigon Versicherung AG
KV-Leistungsservice
20911 Hamburg

Ihre Advigon Versicherung AG



Ihre Krankenzusatzversicherung: Was ist im Leistungsfall zu tun?

Liebe Kundin, lieber Kunde,

auf diesem Merkblatt haben wir wichtige Hinweise für Sie zusammengestellt, die Ihnen helfen sollen, im Leistungsfall eine möglichst schnelle Erstattung zu erhalten und Eigenkosten zu vermeiden.

Deshalb unsere Bitte: Lesen Sie die Hinweise aufmerksam durch und beachten Sie bei künftigen Leistungseinreichungen folgende Punkte:

- **Rechnungseinreichungen:** Nutzen Sie die Advigon Rechnungs-App, das Kontaktformular auf der Webseite oder senden Sie uns den Vordruck zum Leistungsantrag inkl. Rechnungen per E-Mail oder Post.
- **Behandlungsrechnungen:** Bei ambulanten und stationären Behandlungsrechnungen ist die Angabe von Diagnosen erforderlich.
- **Zahnarztrechnungen:** Bei Zahnersatzrechnungen benötigen wir die dazugehörigen Material- und Laborkostenbelege sowie den Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines anderen Kostenträgers. Diesen Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers benötigen wir auch bei Zahnbehandlungsrechnungen.
- **Transportkosten:** Zur Erstattung der Transportkosten zum und vom Krankenhaus im Rahmen einer vollstationären Behandlung benötigen wir die Originalrechnung mit Fahrtdatum, Diagnose und Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse (GKV).
- **Heil- und Kostenplan:** Bei geplantem Zahnersatz (Brücken, Kronen, Prothesen usw.) können Sie uns vor Behandlungsbeginn gern einen Heil- und Kostenplan einreichen. Wir werden ihn prüfen und Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung informieren.
- **Zuzahlung für verordnete Arznei- und Verbandmittel:** Zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel benötigen wir eine Kopie der von der Apotheke quittierten und abgestempelten Verordnung. Bei Bezug aus einer Versand- oder Internetapotheke reichen Sie uns eine Kopie der Verordnung mit der dazugehörigen Rechnung ein. Bitte beachten Sie auch, dass diese Rezepte zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei regelmäßiger Medikamenteneinnahme gesammelt, z. B. halbjährlich, eingereicht werden sollten.
- **Zuzahlung bei Heilmittelanwendungen:** Zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei Heilmittelanwendungen benötigen wir die Quittung über die geleistete Zuzahlung sowie eine Kopie der vom Arzt ausgestellten Verordnung mit Behandlungsdaten und der Diagnose.
- **Sehhilfen:** Ein Anspruch auf Erstattung besteht jeweils innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten, ausgehend vom Versicherungsbeginn, bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von 250 EUR. Bei Bezug einer Sehhilfe in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn beträgt die maximale Erstattung 50 EUR innerhalb der ersten 24 Monate.
- **Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung:** Zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung benötigen wir die Originalrechnungen mit einer Bestätigung der Aufnahme- und Entlassungsdaten sowie der Diagnose.
- **Zuzahlung bei einem Krankentransport:** Zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei einem Krankentransport zum oder vom Krankenhaus benötigen wir die Originalrechnung mit Fahrtdatum und Diagnose.
- **Unerwartete Krankenhausaufenthalte:** Sollten Sie kurzfristig ins Krankenhaus müssen, geben Sie in der Patientenverwaltung Ihre Versicherungsnummer bekannt. Sofern das Krankenhaus einen Kostenübernahmeantrag bei uns stellt, prüfen wir, ob wir die Unterbringungskosten direkt mit dem Krankenhaus abrechnen können.
- **Geplante Krankenhausaufenthalte:** Bei geplanten Krankenhausaufenthalten rufen Sie uns bitte an - wir können Ihnen sagen, ob wir in diesem Einzelfall weitere Unterlagen benötigen. Bitte beachten Sie die Informationen, die Ihnen das Krankenhaus vor der Aufnahme gibt.



Wichtige Informationen

Die folgenden Informationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen Ihres Versicherungsvertrags bei der Advigon Versicherung AG.

Bewahren Sie diese Verbraucherinformationen bitte sorgfältig auf.
Sie sind Bestandteil Ihres Versicherungsvertrags.

Ihr Versicherer

Advigon Versicherung AG, Drescheweg 1, 9490 Vaduz,
LIECHTENSTEIN

Sitz: Vaduz
Eingetragen im Handelsregister des Fürstentums Liechtenstein
FL-0002.181.006-7

Gesetzlich Vertretungsberechtigte der Advigon Versicherung AG

Geschäftsleitung:
Kai-Uwe Blum, Godehard Laufköter, Rinaldo Manetsch

Hauptgeschäftstätigkeit der Advigon Versicherung AG

Die Advigon Versicherung AG betreibt die direkte Kranken- und
Lebensversicherung.

Zuständige Aufsichtsbehörde

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Postfach 279,
Landstrasse 109, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN

Grundlagen und wesentliche Merkmale der Versicherung

Die Grundlage des Vertrags sind Ihr Antrag bzw. Ihre Angebotsanforderung, der Versicherungsschein sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung und Tarife).

Anwendbares Recht

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

Leistungen des Versicherers

Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine Krankenversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen besteht Leistungsanspruch in der Krankheitskostenversicherung auf Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Die wesentlichen Merkmale des Versicherungsvertrags und des Umfangs der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den beigelegten Informationsblättern zu Versicherungsprodukten und den weiteren genannten Vertragsunterlagen. Die Versicherungsleistungen sind fällig mit Beendigung der für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Leistungsumfangs erforderlichen Erhebungen. Damit Ihre Leistungen schnellstmöglich ausgezahlt werden können, benötigen wir von Ihnen die entsprechenden Nachweise. Näheres hierzu entnehmen Sie bitte

den §§ 6 und 9 der Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Beitragshöhe

Sie können die Beitragshöhe dem Versicherungsantrag entnehmen. Sollte der dort aufgeführte Beitrag unrichtig berechnet oder ein dort nicht ausgewiesener Zuschlag zu erheben sein, wird Ihnen der tatsächlich zu entrichtende Beitrag gesondert mitgeteilt; dieser bedarf Ihrer Zustimmung. In diesem Fall ist der Inhalt der gesonderten Mitteilung maßgeblich.

Zusätzliche Kosten

Es fallen keine weiteren Kosten wie z. B. Gebühren für Sie an. Die Krankenversicherung ist nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) Versicherungssteuergesetz grundsätzlich steuerfrei. Für die Nutzung unserer „Notfall-AssistanceLine“ fallen hingegen Telefonkosten an.

Beitragszahlung

Die Fälligkeit der Beiträge richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zahlungsweise (monatlich oder jährlich). Die Beiträge werden im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren jeweils zum Ersten der von Ihnen gewünschten Zahlungsperiode von Ihrem Konto eingezogen.

Gültigkeitsdauer der Informationen

Diese Informationen sind hinsichtlich der Beitragshöhe bis zur nächsten Beitragsanpassung bzw. -umstufung gültig. Die Beiträge (einschließlich evtl. Tarif- bzw. Risikozuschläge) können sich aufgrund von Beitragsanpassungen gemäß § 8b oder Altersumstufungen gemäß § 8a der Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung ändern. Über die Höhe der neuen Beiträge informieren wir Sie rechtzeitig. Gemäß § 13 Abs. 3 bzw. 4 der oben genannten Grundbedingungen haben Sie bei Beitragserhöhungen ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Zustandekommen des Vertrags

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

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein als „Beginn“ bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor dem Ablauf von Wartezeiten.

Vertragslaufzeit

Die Mindestlaufzeit Ihres Vertrags beträgt ein Versicherungsjahr. Dabei entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr - das erste Versicherungsjahr beginnt abweichend am Tag des Versicherungsbeginns. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern Sie es nicht bedingungsgemäß kündigen oder sonstige bedingungsgemäße Beendigungsgründe eintreten.

Vertragsbeendigung

Sie können den Versicherungsvertrag (mit Kenntnis der versicherten Person) mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines jeden Jahres schriftlich kündigen. Zusätzliche Informationen zur Beendigung Ihrer Versicherung - auch aufgrund von Beitragserhöhungen - finden Sie in den §§ 13 bis 15 der jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Vertragsklausel über zuständiges Gericht

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

Vertragssprache

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

Hinweis auf außergerichtliches Schlichtungsverfahren

Schlichtungsversuche und Beschwerden können – wenn eine Einigung mit der Advigon nicht erzielt werden kann – an folgende Schlichtungsstelle gerichtet werden: Schlichtungsstelle im Finanzdienstleistungsbereich, Postfach 343, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN.

Hinweis auf Beschwerdemöglichkeit bei der FMA

Sie können sich mit einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde, die FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein, Postfach 279, Landstrasse 109, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN wenden. Hiervon bleibt Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, unberührt.

Hinweise zur zukünftigen Beitragsentwicklung

Der hohe Qualitätsstandard und die Gesundheitsversorgung in Deutschland sowie der medizinische Fortschritt sind Gründe dafür, dass die Ausgaben für die Gesundheit - und damit die Krankenversicherungsbeiträge - in den vergangenen Jahren stärker als die allgemeinen Lebenshaltungskosten gestiegen sind. Aus diesem Grund sind Beitragserhöhungen in der Vergangenheit notwendig gewesen und werden voraussichtlich auch in der Zukunft notwendig sein. Aber auch Beitragssenkungen sind im Rahmen einer Beitragsanpassung üblich.

Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, in andere gleichartige Tarife oder in Tarife mit geringeren Leistungen und somit niedrigeren Beiträgen zu wechseln.

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 Versicherungsverhältnis 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:

Advigon Versicherung AG,
Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN,
E-Mail: kv-vertrag@advigon.com,
Fax: 040 5555-4041.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

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 hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsbeitrag 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2 Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu 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. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. 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;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. 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;
9. 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 Mit-

teilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. 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;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Versicherungsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages zu führen;
15. 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, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung



Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1 in 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie

nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Ver-

tragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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



Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

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

Leistungsfreiheit

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

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

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

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

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



Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Version 08.2025

In diesem Druckstück:

Teil I

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

In gesonderten Druckstücken:

Teil II

Tarif

Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.

Teil I

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

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

Ende der Versicherung

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- § 19 Beschwerdemöglichkeiten

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

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. Er gewährt im Versicherungsfall

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer

Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Beitragszuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung er-

leidet. Als Unfall gelten auch

1. Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Absatzes in den Körper gelangt ist
 2. durch Kraftanstrengung der versicherten Person hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund eine Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die Entbindung (als Behandlung wegen Schwangerschaft gilt auch ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch),
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod,
 - d) Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten – für alle empfohlen werden,
 - e) Zahnprophylaxe und über gesetzlich eingeführte Programme hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen, und
 - f) ambulante Palliativversorgung im tariflichen Umfang, soweit die Aufwendungen über die Leistungen der Pflegeversicherungen hinausgehen soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen mit Anhang, Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
 - (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Maßgabe des Teils II dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen auf Heilbehandlungen in der Europäischen Union (nachfolgend EU genannt). Er kann durch Vereinbarung auf Länder außerhalb der EU ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der EU besteht bei unvorhergesehenen Krankheiten oder Notfällen auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über mehr als einen Monat ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
 - (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der EU 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.
 - (6) Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. 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.
 - (7) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

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

§ 3

Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten gelten vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung oder nach Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z. B. Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahr. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduzieren sich die Beträge für jeden nicht versicherten Monat um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit der Tarif nichts anderes bestimmt, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
 - a) Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.
 - b) Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate, Vitaminpräparate, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. Ä. sowie vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandsmittel sowie Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird).
 - c) Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin durch dazu qualifizierte Personen, nicht jedoch Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.
 - d) Die erstattungsfähigen Hilfsmittel sind nachfolgend abschließend aufgeführt. Aufwendungen für den Betrieb (z. B. Batterien, Ladegeräte oder Reinigung) dieser Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig. Als kleine Hilfsmittel gelten Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen und orthopädische Schuhe. Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Krankenfahrstühle.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
 - a) Die Transportkosten mit einem je nach Lage des Falles angemessenen Transportmittel zum und vom Krankenhaus sind im Rahmen der im Tarif festgelegten Höchstsätze erstattungsfähig, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, diese ärztlich bescheinigt wird und öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden können. Die Transportkostenerstattung wird nach der Entfernung bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus berechnet.
 - b) Bei teilstationärer Krankenhausbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer sie vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 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.
- (8) 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
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Abweichend davon wird für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.
 - b) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz – siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - g) Bei Ergänzungstarifen für gesetzlich versicherte Personen für Zuzahlungen, sofern diese die gemäß § 62 SGB V für die versicherte Person geltende Belastungsgrenze überschreiten.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. 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. Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung (möglichst genaue Diagnose) der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum. Für die Erstattung der Kosten von Rücktransporten aus dem Ausland ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes mit vorzulegen. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und Bezeichnung der Krankheit. Die Nachweise sollen möglichst gesammelt je Krankheitsfall nach beendeter Heilbehandlung eingereicht werden.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese Person in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer Leistungen verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. 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) Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31. Dezember.
- (2) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen. Werden die Beiträge oder Beitragsraten anders als im Lastschriftverfahren gezahlt, so erhöhen sie sich um einen Inkassozuschlag in Höhe von 3 Euro je zu leistender Zahlung.
- (3) Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 Abs. 4.

- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich, jedoch spätestens nach 14 Tagen, nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.
- (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 in Verbindung mit § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten, insbesondere die

Kosten von Mahnschreiben, Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rücklaufgebühren, Rechtsanwalts- und Gerichtskosten, Kosten für Adressermittlung), werden in gesetzlich zulässiger Höhe in Rechnung gestellt.

- (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 Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (8) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt.
- (3) Bei Beitragsänderungen, auch durch Erreichen eines höheren Alters (vgl. § 8 Abs. 2), kann der Versicherer auch besonders

vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbetei-

ligungen und Leistungshöchstgrenzen sowie Pauschalleistungen, Kurtagegelder oder Krankenhaustagegelder, die statt Kostenersatz oder bei Verzicht auf bestimmte Leistungen gewährt werden, angepasst werden. Ferner kann unter den gleichen Voraussetzungen ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

- (2) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen. Neben dem Fall des § 4 Abs. 5 sollte auch jede andere geplante Krankenhausbehandlung, die keine Notfallaufnahme ist, rechtzeitig vor ihrem Antritt angezeigt werden, damit der Versicherer seine Leistungspflicht - insbesondere die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung oder das mögliche Vorliegen einer gemischten Anstalt im Sinne des § 4 Abs. 5 - vorher prüfen und eine verbindliche Leistungszusage erteilen kann.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

§ 11

Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12

Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (§ 8 (1)), frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teiles der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

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

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist in-

- nerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

§ 19 Beschwerdemöglichkeiten

Unser Beschwerdemanagement

- (1) Sie können sich jederzeit an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Advigon Versicherung AG
Beschwerdemanagement
Postfach 1130
Drescheweg 1
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: bm@advigon.com
Internet: www.advigon.com

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen:

Schlichtungsstelle

- (2) Sie können sich an die Schlichtungsstelle für Versicherungen wenden. Diese erreichen Sie derzeit wie folgt:

Schlichtungsstelle im Finanzdienstleistungsbereich
Postfach 343
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@schlichtungsstelle.li
Internet: www.schlichtungsstelle.li

Die Schlichtungsstelle ist unabhängig. Die Teilnahme am Schlichtungsverfahren erfolgt sowohl für Sie als Konsument als auch für uns als Versicherer freiwillig. Bei Verfahren vor der Schlichtungsstelle gemäß Alternative Streitbeilegung-Gesetz haben Konsumenten einen Kostenbeitrag von CHF 50,00 zu leisten. Im Übrigen ist das Verfahren kostenlos.

Versicherungsaufsicht

- (3) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Finanzmarktaufsicht Liechtenstein (FMA). Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein
Landstrasse 109
Postfach 279
9490 Vaduz
Liechtenstein
E-Mail: info@fma-li.li

Bitte beachten Sie, dass die FMA keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

- (4) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist

des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verlet-

zung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beach-

tung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

- (1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.
- (2) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 204 Tarifwechsel

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

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Lebenspartnerschaft

Nach dem 30. September 2017 können Lebenspartnerschaften zwischen zwei Personen gleichen Geschlechts nicht mehr begründet werden. [... Das Lebenspartnerschaftsgesetz] gilt für:

1. vor dem 1. Oktober 2017 in der Bundesrepublik Deutschland begründete Lebenspartnerschaften und
2. im Ausland begründete Lebenspartnerschaften, soweit auf sie deutsches Recht anwendbar ist.



Tarif privat ambulant

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

Version 03.2014

Der Tarif privat ambulant ist als Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur gültig in Verbindung mit Teil I, Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Tarif privat ambulant sieht die Bausteine vorsorge spezial (AV), alternativmedizin spezial (AH), zahngesundheit spezial (AZB2), zahngesundheit ideal (AZB3), zahnersatz plus (AZE1) und zahnersatz ideal (AZE4) vor. Der Abschluss des Tarifs privat ambulant ist nur bei Wahl von mindestens zwei Bausteinen möglich. Die Tarife (inkl. Anhang) der einzelnen Bausteine sind dabei integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant.

Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsfähigkeit

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

Art. 2 Versicherungsleistungen

Soweit Ansprüche auf Leistungen der GKV bestehen, sind diese wahrzunehmen. Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt). Leistungen der GKV werden unabhängig davon, ob sie wahrgenommen werden oder nicht, als Leistungen der GKV gemäß vorliegendem Tarif angerechnet. Als Leistungen der GKV gelten insbesondere auch solche Leistungen, auf deren Anspruch gegenüber der GKV verzichtet wurde oder für die die GKV im Einzelfall deswegen nicht leistet, weil mit dem Behandler kein Vertrag besteht. Für die Leistungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen innerhalb der EU. Er kann durch Vereinbarung auf Länder außerhalb der EU ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der EU besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Für Leistungen gemäß den Bausteinen alternativmedizin spezial (AH), zahngesundheit spezial (AZB2), zahngesundheit ideal (AZB3), zahnersatz plus (AZE1) und zahnersatz ideal (AZE4) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf in Deutschland erbrachte Leistungen. Im Ausland erbrachte Zahnleistungen sind nur im Notfall erstattungsfähig oder wenn der Versicherer aufgrund eines Heil- und Kostenplans vor Beginn der Behandlungsmaßnahme schriftlich zugestimmt hat. Generell wird bei

geplanten umfangreichen Zahnersatzbehandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplans dringend angeraten. Für Leistungen bei Auslandsreisen gemäß Baustein vorsorge spezial (AV) gilt der Versicherungsschutz weltweit. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vereinbart, zählt dieser Selbstbehalt zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

Art. 3 Schadenfreiheitsklassen

Der Tarif sieht 11 Schadenfreiheitsklassen (SFK) vor:

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

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

Artikelverzeichnis der Bausteine

Baustein vorsorge spezial (AV)

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

Baustein alternativmedizin spezial (AH)

- Art. 1 Alternativmedizin
- Art. 2 Tarifbeitrag

Baustein zahngesundheit spezial (AZB2)

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

Baustein zahngesundheit ideal (AZB3)

- Art. 1 Versicherungsleistungen
 - 1.1. Zahnbehandlung
 - 1.2. Zahnprophylaxe
 - 1.3. Kieferorthopädische Behandlung, die vor dem 18. Lebensjahr begonnen wurde
 - 1.4. Zahnärzte ohne Kassenzulassung
 - 1.5. Heil- und Kostenpläne
 - 1.6. Wartezeiten
 - 1.7. Leistungsbegrenzungen
- Art. 2 Tarifbeitrag

Baustein zahnersatz plus (AZE1)

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

Baustein zahnersatz ideal (AZE4)

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

Tarif privat ambulant, Baustein vorsorge spezial (AV)

Ergänzungstarif für Vorsorgeuntersuchungen, Zuzahlungen, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören

Version 01.2013

Der Baustein vorsorge spezial (AV) ist integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs privat ambulant bestehen.

Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei den nachfolgend abschließend genannten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen **100 %** der Aufwendungen bis zu **500 EUR** innerhalb von 24 zusammenhängenden Kalendermonaten.

Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die erstattungsfähig sind:

- Früherkennungsuntersuchung
- U6a im 15. - 18. Lebensmonat
- U10 im 7. - 8. Lebensjahr
- U11 im 10. - 11. Lebensjahr
- J im 14. - 18. Lebensjahr
- großer Gesundheitscheck

Untersuchung mit:

Anamnese - Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils

- klinische Untersuchung
- Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), ggf. einschließl. Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- große Krebsvorsorge für Frauen
- klinische Untersuchung einschließl. Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
- große Krebsvorsorge für Männer
- klinische Untersuchung einschließl. Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und der Nieren
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung einschließl. Dermatoskopie
- HIV-Test
- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
- Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test)
- Früherkennung von Schwerhörigkeit bei Neugeborenen mittels Bestimmung der otoakustischen Emissionen oder mittels Hirnstammaudiometrie (Audio-Check)
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung (Schiel-Vorsorge)
- Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie (Glaukom-Vorsorge)

- sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Osteoporose-Prävention
 1. Beratung
 2. Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Sono-Check: Ultraschalluntersuchung der inneren Organe
- Doppler-Sonographie der Hirngefäße: Kontrolle der Gehirndurchblutung ohne klinische Auffälligkeiten
- Hirnleistungscheck zur Früherkennung einer Demenz (Brain-Check)

Art. 2 Zuzahlungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt) **100 %** der Zuzahlungen

- für eine Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (Praxisgebühr) (§ 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V));
- bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 3 SGB V);
- bei ärztlich verordneten Heilmitteln (§ 32 Abs. 2 SGB V);
- bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln (§ 33 Abs. 8 SGB V);
- bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 5 SGB V);
- bei ärztlich verordneter Soziotherapie (§ 37a Abs. 3 SGB V);
- bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 5 SGB V);
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V);
- bei medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 6 SGB V);
- bei medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 3 SGB V);
- bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V);
- bei medizinischer Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 SGB V);
- bei Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 SGB V);
- bei Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).

Erstattungsfähig sind Zuzahlungen bis zur geltenden Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V.

Art. 3 Sehhilfen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB **100 %** des nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Brillen und Kontaktlinsen.

Ein Anspruch auf Erstattung besteht jeweils innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten, ausgehend vom Versicherungsbeginn, bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von **250 EUR**. Bei Bezug einer Sehhilfe in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn be-

trägt die maximale Erstattung **50 EUR** innerhalb der ersten 24 Monate.

Art. 4 Mehrkosten bei stationärer Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB **100 %** der Mehrkosten für eine vollstationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung, die dem Versicherten vom Träger der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

Art. 5 Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland und Kostenübernahme bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Notfällen im Ausland ist der Auslandsservice des Versicherers Tag und Nacht telefonisch erreichbar. Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation der Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen ab Reisebeginn bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei der Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Weggebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei-, Verband- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten / Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert. Können die versicherten Personen infolge von Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sorgen, organisiert der Versicherer auf An-

trag des Versicherten / Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder. Soweit erforderlich organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten / Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten auch die Reise einer Begleitperson und übernimmt die dadurch zusätzlich entstehenden Kosten. Der Versicherer übernimmt

- die Mehrkosten für Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächste erreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsten erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- die zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz.
- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächste erreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen. Der Versicherer organisiert den medizinisch notwendigen Rücktransport nach Beantragung unter der Notfallnummer. Wird ein nicht vom Versicherer organisierter Rücktransport durchgeführt, so erfolgt eine Leistung nur insoweit, als sie bei Organisation durch den Versicherer angefallen wäre.
- die bei Tod anfallenden Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu **12.000 EUR**.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, jedoch längstens auf 12 Monate, gerechnet vom Beginn der Reise. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die GKV erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der GKV, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker. Für die hier beschriebenen Leistungen bei Auslandsreisen entfallen die für Heilbehandlungen im Ausland gemäß Teil I § 1 Abs. 4 der AVB vorgesehenen Einschränkungen sowie die Wartezeiten und die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ).

Art. 6 Tarifbeitrag

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

Tarif privat ambulant, Baustein alternativmedizin spezial (AH)

**Ergänzungstarif für Alternativmedizin für Personen,
die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören**

Version 01.2013

Der Baustein alternativmedizin spezial ist integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs privat ambulant bestehen.

**Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1,
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.**

Art. 1 Alternativmedizin

Erstattungsfähig sind Rechnungsbeträge bei Behandlungen durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und „Homöopathie“ bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Behandlungen durch Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) bzw. der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen genannten Gebührensätze und Höchsterstattungsbeträge. Erstattet werden davon **80 %** der im Rahmen einer ambulanten Behandlung entstandenen Aufwendungen für angewandte naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und „Homöopathie“ sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von **1.250 EUR** je Kalenderjahr (Gesamterstattung **1.000 EUR** / Jahr). Die Erstattung beträgt jedoch für die ersten 24 Monate nach Versicherungsbeginn insgesamt höchstens **600 EUR**. Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des GebÜH in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß der Liste des Versicherers für erstattungsfähige Naturheilverfahren.

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren:

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- anthroposophische Medizin
- antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- ausleitende Verfahren: Aderlass, Baunscheidt-Behandlung, Biersche Stauung, Bluteigelbehandlung, Cantharidentherapie, Fontanellentherapie, Pustulantien-Behandlung
- Ayurveda
- Biochemie nach Schüssler
- bioenergetische Medizin
- bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), bioelektrische Funktionsdiagnostik, biophysikalische Informationstherapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeldtherapie, Kirlian-Photographie, Thermographie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.

- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Elementartherapie
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- heilmagnetische Behandlungen
- homöopathische Behandlungen (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- mikrobiologische (mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Enzymtherapie, Thymustherapie, Zelltherapie)
- orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Reflexzonenmassagen
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roedersches Verfahren
- Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoffinhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik / Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermotherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qigong, Tai-Chi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie

Art. 2 Tarifbeitrag

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



Tarif privat ambulant, Baustein zahngesundheit spezial (AZB2)

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

Version 10.2015

Der Baustein zahngesundheit spezial (AZB2) ist integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs privat ambulant bestehen.

Neben diesem Baustein dürfen bei der Advigon Versicherung AG und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und kieferorthopädische Behandlungen bestehen.

**Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1,
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.**

Art. 1 Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen / Tarifbedingungen:

1.1. Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ / GOÄ, bei Zahnbehandlung **100 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, zusammen mit den Leistungen einer GKV oder eines sonstigen Kostenträgers maximal **100 %**. Als Zahnbehandlung gelten chirurgische Maßnahmen, parodontologische Leistungen und konservierende Leistungen. Ausgenommen sind Kronen, Inlays und konservierende Leistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz stehen (z. B. Aufbaufüllungen bei Kronen).

Bei Wurzelkanalbehandlungen sind nur die Mehrkosten erstattungsfähig, die nach einer Vorleistung der GKV verbleiben. Eine rein privatärztliche Abrechnung ist nicht erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig im Baustein zahngesundheit spezial (AZB2) sind Schienen und Aufbissbehelfe sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen.

1.2. Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet im Rahmen der GOZ bzw. der GOÄ, d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ / GOÄ, bei Zahnprophylaxe **100 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

Als Zahnprophylaxe gilt die professionelle Zahnreinigung gemäß der Definition der GOZ 1040 sowie die weitere Kontrolle des Übungserfolges. Die Maßnahmen für Zahnprophylaxe sind bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von **80 EUR** pro Maßnahme und **200 EUR** pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

1.3. Kieferorthopädische Behandlung

Der Versicherer erstattet für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bis zu den Höchstsätzen der GOZ / GOÄ bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung **80 %**

des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, jedoch maximal **600 EUR** Gesamterstattung je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

Erstattet werden nur sogenannte Mehrkosten bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung, sofern für die Behandlung grundsätzlich ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht (KIG 3 bis 5).

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, wie z. B. Gold-, Keramik- oder Metallbrackets und unsichtbare Zahnspangen.

1.4. Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die über keine Kassenzulassung verfügen, wird der fiktive Betrag, den die GKV erstattet hätte, in Abzug gebracht. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.5. Leistungsbegrenzungen

Für Tarife mit einem Versicherungsbeginn ab dem 01.10.2015 gilt:

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

- vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **400 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **800 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **1.200 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **1.600 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **2.000 EUR**.

Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum.

Die Leistungsbegrenzungen entfallen:

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

1.6. Wartezeiten

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

Art. 2 Tarifbeitrag

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



Tarif privat ambulant, Baustein zahngesundheit ideal (AZB3)

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

Version 03.2014

Der Baustein zahngesundheit ideal (AZB3) ist integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs privat ambulant bestehen.

Neben diesem Baustein dürfen bei der Advigon Versicherung AG und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und kieferorthopädische Behandlungen bestehen.

Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1,
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.

Art. 1 Versicherungsleistungen

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

1.1. Zahnbehandlung

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

Als Zahnbehandlung gelten:

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

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

1.2. Zahnprophylaxe

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

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

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

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

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

- **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags;
- Maximal **2.000 EUR** Gesamterstattung je behandeltem Kiefer pro Behandlungsfall.

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

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

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

1.4. Zahnärzte ohne Kassenzulassung

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

1.5. Heil- und Kostenpläne

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

1.6. Wartezeiten

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

1.7. Leistungsbegrenzungen

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

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

Die Leistungsbegrenzungen entfallen:

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

Art. 2 Tarifbeitrag

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

Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum.



Tarif privat ambulant, Baustein zahnersatz plus (AZE1)

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

Version 10.2015

Der Baustein zahnersatz plus (AZE1) ist integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs privat ambulant bestehen.

Neben diesem Baustein dürfen bei der Advigon Versicherung AG und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnersatz bestehen.

**Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1,
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.**

Art. 1 Versicherungsleistungen

1.1. Zahnersatz

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d. h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ / GOÄ, bei Zahnersatz für zahnärztliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen **30 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, zusammen mit den Leistungen einer GKV oder eines sonstigen Kostenträgers jedoch nicht mehr als **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags. Kann der Patient durch ein Bonusheft die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag bei Nachweis von 5 Jahren auf **35 %**, bei Nachweis von 10 Jahren auf **40 %**, jedoch zusammen mit den Leistungen einer GKV oder eines sonstigen Kostenträgers auf nicht mehr als **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags. Wird nur die Regelversorgung der gesetzlichen Kasse in Anspruch genommen, erhöht sich die Erstattung auf **100 %**, wobei Vorleistungen der GKV oder anderer Träger von der maximal möglichen Erstattung abgezogen werden.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Teilkronen, Zahnbrücken, Stützähne, Inlays und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen), funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz sowie Implantate. Zu den implantologischen Leistungen zählen die zahnärztlichen Leistungen der Diagnostik (implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgensablonen), die Implantation, die Freilegung des Implantats sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen.

1.2. Zahnärzte ohne Kassenzulassung

Bei Zahnärzten, die ihre Kassenzulassung abgegeben haben, wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet. Dieser beträgt bei Zahnersatz **40 %**, bei Implantaten und Inlays **20 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.3. Heil- und Kostenpläne

Die bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem

Versicherer in Kopie zuzustellen. Generell wird bei geplanten umfangreicheren Behandlungen die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes dringend angeraten.

1.4. Einschränkung der Erstattung

1.4.1. Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen

Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen werden nur erstattet, wenn mindestens 5 Zähne im Rahmen einer Behandlung mit Zahnersatz versorgt werden. Als Behandlung gilt in diesem Fall die mit einem Heil- und Kostenplan bei der GKV oder einem anderen Kostenträger beantragte und gemeinsam abgerechnete Behandlung. Wird kein Heil- und Kostenplan erstellt oder vorgelegt, gilt ein Zeitraum von 5 Wochen als Behandlung.

1.4.2. Zahnfüllungen

Für Zähne, die innerhalb des Zeitraums von 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes nach diesem Tarifbaustein mit einer Füllung versorgt wurden, gilt eine Wartezeit für den Anspruch auf Leistungen aus diesem Tarifbaustein von genau 36 Monaten ab Beginn des Versicherungsschutzes.

1.4.3. Leistungsbegrenzungen

Für Tarife mit einem Versicherungsbeginn ab dem 01.10.2015 gilt:

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

- vom 1. bis einschließlich 12. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **200 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 24. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **400 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 36. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **600 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 48. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **800 EUR**,
- vom 1. bis einschließlich 60. Monat ab Versicherungsbeginn maximal **1.000 EUR**.

Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum.

Die Leistungsbegrenzungen entfallen:

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

Art. 2 Tarifbeitrag

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



Tarif privat ambulant, Baustein zahnersatz ideal (AZE4)

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

Version 03.2014

Der Baustein zahnersatz ideal (AZE4) ist integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs privat ambulant bestehen.

Neben diesem Baustein dürfen bei der Advigon Versicherung AG und anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für Zahnersatz bestehen.

**Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1,
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.**

Art. 1 Versicherungsleistungen

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

1.1. Zahnersatz

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

- **80 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

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

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

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

- **100 %** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.

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

Als Zahnersatz gelten:

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

Zu den implantologischen Leistungen zählen:

- zahnärztliche Leistungen der Diagnostik (z. B. implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen)

- Implantationen
- mit der Implantation im Zusammenhang stehende weichgewebs- und knochenaufbauende Maßnahmen
- Freilegung des Implantats

1.2. Zahnärzte ohne Kassenzulassung

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

Dieser beträgt:

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

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

1.3. Heil- und Kostenpläne

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

1.4. Einschränkung der Erstattung

1.4.1. Voraussetzungen für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen

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

1.4.2. Leistungsbegrenzungen

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

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

Ausschlaggebend ist das jeweilige Behandlungsdatum.

Die Leistungsbegrenzungen entfallen:

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

Art. 2 Tarifbeitrag

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



Tarif privat ambulant, Anhang zu den Bausteinen

Tarifbeiträge

Version 01.2026

Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Die Altersgruppeneinteilung kann sich bei einer gemäß § 8b Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) stattfindenden Beitragsanpassung ändern.

**Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1,
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN.**

Monatliche Raten des Tarifgrundbeitrags in EUR:

Alter	vorsorge spezial (AV)	alternativmedizin spezial (AH)	zahngesundheit spezial (AZB2)	zahngesundheit ideal (AZB3)	zahnersatz plus (AZE1)	zahnersatz ideal (AZE4)
0 bis 14	2,10	9,90	9,04	17,03	0,64	1,73
15 bis 17	2,10	9,90	9,04	17,03	0,57	1,73
18	7,40	15,75	10,86	17,11	0,73	4,28
19	7,40	15,75	11,02	17,15	0,89	5,47
20	7,40	15,75	11,17	17,19	1,06	6,66
21	7,40	16,49	11,32	17,23	1,22	7,85
22	7,40	17,23	11,47	17,26	1,39	9,04
23	7,40	17,97	11,63	17,30	1,63	10,23
24	7,40	18,71	11,78	17,33	1,87	11,41
25	7,40	19,45	11,93	17,38	2,11	12,60
26	7,40	20,18	12,09	17,42	2,36	13,79
27	7,40	20,92	12,24	17,46	2,59	14,98
28	7,40	21,29	12,39	17,50	2,95	16,17
29	7,40	21,66	12,55	17,54	3,31	16,37
30	7,40	22,03	12,70	17,57	3,67	16,57
31	7,40	22,40	12,85	17,62	4,04	16,78
32	7,40	22,77	13,00	17,65	4,42	16,98
33	7,40	23,02	13,16	17,68	4,85	17,18
34	7,40	23,26	13,34	17,72	5,27	17,61
35	7,40	23,51	13,53	17,77	5,70	18,04
36	7,40	23,75	13,71	17,81	6,12	18,46
37	7,40	24,00	13,90	17,85	6,55	18,89
38	7,40	24,12	14,01	17,87	6,75	19,31
39	7,40	24,25	14,12	17,91	6,96	19,76
40	7,40	24,37	14,23	17,94	7,18	20,21
41	7,40	24,49	14,34	17,99	7,39	20,65
42	7,40	24,62	14,46	18,02	7,61	21,10
43	7,40	25,11	14,57	18,06	7,90	21,54
44	7,40	25,60	14,76	18,10	8,19	22,39
45	7,40	26,09	14,95	18,14	8,49	23,23
46	7,40	26,58	15,14	18,18	8,78	24,07
47	7,40	27,08	15,34	18,22	9,08	24,91
48	7,40	28,06	15,53	18,26	9,46	25,75
49	7,40	29,05	15,72	18,30	9,83	26,69

Anhang privat ambulant 01.26

Alter	vorsorge spezial (AV)	alternativmedizin spezial (AH)	zahngesundheit spezial (AZB2)	zahngesundheit ideal (AZB3)	zahnersatz plus (AZE1)	zahnersatz ideal (AZE4)
50	13,60	30,03	15,92	18,34	10,22	27,63
51	13,60	31,02	16,12	18,38	10,59	28,57
52	13,60	32,00	16,31	18,42	10,97	29,51
53	13,60	32,00	16,51	18,44	11,23	30,45
54	13,60	32,00	16,67	18,48	11,48	31,35
55	13,60	32,00	16,83	18,52	11,73	32,25
56	13,60	32,00	16,83	18,56	11,98	33,15
57	13,60	32,00	16,83	18,60	12,23	34,04
58	13,60	32,00	16,83	18,64	12,63	34,94
59	13,60	32,00	16,83	18,68	13,02	36,23
60	13,60	32,00	16,83	18,72	13,41	37,52
61	13,60	32,00	16,83	18,76	13,79	38,81
62	13,60	32,00	16,83	18,80	14,18	40,10
63	13,60	32,00	16,83	18,84	14,35	41,39
64	13,60	32,00	16,83	18,88	14,52	41,66
65	13,60	32,00	16,83	18,92	14,70	41,92
66	13,60	32,00	16,83	18,94	14,87	42,19
67	13,60	32,00	16,83	18,98	15,05	42,45
68	13,60	32,00	16,83	19,02	14,90	42,72
69	13,60	32,00	16,83	19,06	14,76	42,38
70	13,60	32,00	16,83	19,10	14,61	42,05
71	13,60	32,00	16,83	19,10	14,47	41,71
72	13,60	32,00	16,83	19,10	14,31	41,37
73	13,60	32,00	16,83	19,10	14,10	41,03
74	13,60	32,00	16,83	19,10	13,89	40,30
75	13,60	32,00	16,83	19,10	13,68	39,57
76	13,60	32,00	16,83	19,10	13,47	38,84
77	13,60	32,00	16,83	19,10	13,25	38,11
78	13,60	32,00	16,83	19,10	12,91	37,38
79	13,60	32,00	16,83	19,10	12,56	36,30
80	17,50	32,00	16,83	19,10	12,21	35,23
81	17,50	32,00	16,83	19,10	11,86	34,15
82	17,50	32,00	16,83	19,10	11,51	33,07
83	17,50	32,00	16,83	19,10	11,01	31,99
84	17,50	32,00	16,83	19,10	10,52	30,74
85	17,50	32,00	16,83	19,10	10,02	29,50
86	17,50	32,00	16,83	19,10	9,52	28,25
87	17,50	32,00	16,83	19,10	9,03	27,00
88	17,50	32,00	16,83	19,10	8,43	25,76
89	17,50	32,00	16,83	19,10	7,84	24,48
90	17,50	32,00	16,83	19,10	7,26	23,21
91	17,50	32,00	16,83	19,10	6,67	21,94
92	17,50	32,00	16,83	19,10	6,07	20,67
93	17,50	32,00	16,83	19,10	5,45	19,40
94	17,50	32,00	16,83	19,10	4,85	18,13
95	17,50	32,00	16,83	19,10	4,23	16,87
96	17,50	32,00	16,83	19,10	3,62	15,61
97	17,50	32,00	16,83	19,10	3,00	14,35
98	17,50	32,00	16,83	19,10	2,38	13,09
99	17,50	32,00	16,83	19,10	1,77	13,09
100	17,50	32,00	16,83	19,10	1,15	13,09



Tarif SGK

Ergänzungstarif für Wahlleistungen Privatarzt und Ein- bzw. Zweibettzimmer für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören

Version 08.2025

Der Tarif SGK ist als Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur gültig in Verbindung mit Teil I Grundbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung (nachfolgend AVB genannt).

Neben diesem Tarif dürfen bei der Advigon Versicherung AG oder anderen privaten Krankenversicherern keine weiteren Tarife mit Leistungen für stationäre Wahlleistungen bestehen.

Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN, nachfolgend Versicherer genannt

Versicherungsfähigkeit

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

Wartezeiten

Für die versicherten Leistungen entfallen die bedingungsgemäßen allgemeinen Wartezeiten. Die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 (3) AVB gelten weiterhin.

Art. 1 Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB bei einer vollstationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt die Kosten für Behandlung, Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus.

Soweit Ansprüche auf Leistungen der GKV bestehen, sind diese wahrzunehmen. Leistungen der GKV werden unabhängig davon, ob sie wahrgenommen werden oder nicht, von den Leistungen gemäß vorliegendem Tarif in Abzug gebracht. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die medizinisch notwendigen Heilbehandlungen innerhalb Deutschlands. Für Heilbehandlungen innerhalb der Europäischen Union (EU) gilt in Ergänzung zu § 1 (4) AVB der Versicherungsschutz während maximal zwei Monaten.

Zu den Leistungseinschränkungen des Versicherungsschutzes siehe Art.1.11.

1.1. Wahlleistung Unterkunft

Erstattungsfähig ist die gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer im Rahmen einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt.

1.2. Wahlleistung Privatarzt

Erstattungsfähig sind die ärztlichen Leistungen und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus. Die privatärztlichen Leistungen im Rahmen der im Zusammenhang mit einer durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung stehenden vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung sind über den Höchstsätzen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig, wenn dies durch krankheitsbedingte Erschwernis begründet ist und die Aufwendungen nach den Bemessungskriterien angemessen sind (vgl. § 2 GOÄ).

1.3. Erstattungssätze und Selbstbehalte

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Art. 1.1. und Art. 1.2. werden wie folgt ersetzt:

- für gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Deutschland **100 %**,
- für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer in Deutschland **100 %**,

und nach vorheriger Kostenzusage:

- für gesondert berechnete ärztliche Leistungen in der EU **90 %**, jedoch maximal in der Höhe der gleichen Leistung in Deutschland,
- für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer in der EU **90 %**.

Der Versicherer verzichtet für Auslandsleistungen innerhalb der EU auf eine schriftliche Kostenzusage, wenn unvorhersehbare Krankheiten oder Notfälle für die stationäre Behandlung ursächlich sind.

1.4. Ersatzkrankenhaustagegeld

Werden gesondert berechnete Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird pro Tag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- Für den Verzicht auf Ein- und Zweibettzimmer (Art. 1.1.) **50 EUR**,
- Für den Verzicht auf stationäre ärztliche Leistungen (Art. 1.2.) **50 EUR**.

Für Kinder, die das 13. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gelten jeweils die halben Beträge für das Ersatzkrankenhaustagegeld. Aufnahme- und Entlassungstag gelten je als ein voller Tag.

1.5. Transportkosten

Für Transporte zum und vom Krankenhaus erstattet der Versicherer **100 %** der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport bis zu einem Gesamtbetrag von **300 EUR** je Krankenhausaufenthalt.

1.6. Mehrkosten bei stationärer Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB **100 %** der Mehrkosten der allgemeinen Krankenhausleistungen bei einer stationären Behandlung, die dem Versicherten vom Träger der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

1.7. Entbindungsgeld

Für die Dauer eines stationären Aufenthaltes nach einer Entbindung oder Fehlgeburt im Krankenhaus zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld für maximal 21 Tage in Höhe von **50 EUR**.

1.8. Ambulante Operationen

Ambulante Operationen im Krankenhaus und damit verbunden die Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen und für Leistungen des Krankenhauses werden erstattet.

1.9. Rooming-In

Wird neben einem versicherten Kind, das das 13. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ein Elternteil als Begleitperson vollstationär aufgenommen, werden auch die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson **zu 100 %** erstattet.

1.10. Kurtagegeld

Der Versicherer erstattet ein Kurtagegeld von **40 EUR** pro Tag, wenn der stationäre Kuraufenthalt (Anschlussheilbehandlung, medizinische Rehabilitation) innerhalb von 28 Tagen nach einer damit ursächlich zusammenhängenden Krankenhausbehandlung erfolgt oder die Kosten der stationären Kur von der GKV oder einem Sozialversicherungsträger getragen werden. § 5(1) d) AVB findet keine Anwendung.

Das Tagegeld wird für maximal 21 Tage bezahlt. Für Kinder, die das 13. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gelten jeweils die halben

Beträge für das Kurtagegeld. Aufnahme- und Entlassungstag gelten je als ein voller Tag.

1.11. Leistungseinschränkungen

Steht eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung im Vordergrund der stationären Heilbehandlung (Hauptdiagnose), so besteht Leistungspflicht für maximal 45 Tage der innerhalb eines Kalenderjahres entstehenden Aufwendungen.

Kosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Für Heilbehandlungen außerhalb der EU besteht kein Versicherungsschutz.

Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus werden nicht erstattet.

Für weitere Einschränkungen der Leistungspflicht siehe § 5 AVB.

1.12. Gemischte Anstalten

In Abweichung zu § 4 (5) (AVB) beruft sich der Versicherer nicht auf die fehlende schriftliche Zusage, wenn nachgewiesen wird, dass es sich bei dem Aufenthalt nicht um eine Kur-, Reha- oder Sanatoriumsbehandlung gehandelt hat. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

Art.2 Tarifbeitrag

Die Tarifbeiträge werden nach den jeweils aktuellen Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird im Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das Lebensjahr vollendet, das dem Endalter einer Altersgruppe (0 – 19 Jahre, 20 – 39 Jahre, 40 – 59 Jahre, 60 – 79 Jahre, ab 80 Jahre) entspricht, ist der Tarifbeitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. Die Festlegungen der Altersgruppen können sich im Rahmen von Beitragsanpassungen ändern und werden den Versicherten mitgeteilt. Die Bestimmungen der AVB zu Beitragsanpassungen (§ 8b) bleiben unberührt.



Anhang zum Tarif SGK

Tarifbeiträge

Version 08.2025

Die Beiträge werden in Abhängigkeit des erreichten Alters erhoben. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1, 9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN.

Monatliche Raten des Tarifgrundbeitrags in EUR:

Alter	SGK
0 bis 19	4,50
20 bis 39	17,10
40 bis 59	32,30
60 bis 79	68,50
ab 80	131,90



Wir sind für Sie da: unser telefonischer Kundenservice

Telefonische Betreuung bei Vertrags- und Leistungsfragen

Sie haben Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz? Oder benötigen unsere Hilfe bei der Klärung von Sachverhalten? Dann wenden Sie sich vertrauensvoll an unser Service-Team. Hier werden Ihre Fragen und sonstigen Anliegen schnell und unkompliziert von kompetenten Ansprechpartnern geklärt.

Für Fragen zu Ihrem bestehenden Vertrag:

VertragsLine 040 5555-4010

von Montag bis Freitag, 8.00 bis 20.00 Uhr

Für Fragen im Leistungsfall:

LeistungsLine 040 5555-4050

von Montag bis Freitag, 8.00 bis 20.00 Uhr

24 Stunden Notfall-AssistanceLine auf Reisen

Auch auf Reisen müssen Sie sich im Ernstfall keine Gedanken über sofortige Hilfe machen. **Bei dringenden Notfällen** steht allen Advigon-Versicherten, die den Baustein **privat ambulant vorsorge spezial (AV)** abgeschlossen haben, unsere weltweite Notfall-AssistanceLine zur Verfügung. Zu jeder Zeit, rund um die Uhr, auch an Sonn- und Feiertagen.

Für dringende Notfälle auf Reisen:

Telefon +49 621 5490-1906

von Montag bis Sonntag, rund um die Uhr

Die Hilfeleistung können Sie beschleunigen, wenn Sie uns Ihre Advigon Versicherungsschein-Nummer nennen. Besonders vor Auslandsreisen sollten Sie sich Ihre Versicherungsschein-Nummer unbedingt notieren.