

## AVB Struktur für BBKK: GesundheitVARIO, VARIO AmbulantPlus U, VARIO KlinikPlus U, VARIO ZahnPlus U

Geltungsbereich	
AVB/VV	Tarif
<b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>D. Sonstige Leistungen</b></p> <p><b>3. Krankenrücktransport, Überführung und Bestattung bei Auslandsaufenthalten</b></p> <p>Bei Auslandsaufenthalten erstattet der Versicherer zu 100 % die Kosten für folgende Leistungen:</p> <p><b>3.1 Krankenrücktransport aus dem Ausland</b></p> <p>Erstattungsfähig sind alle Kosten für einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport (auch Ambulanzflugzeug):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) an den vor Beginn der Auslandsreise vorhandenen Wohnsitz oder</li> <li>b) in ein von der versicherten Person benanntes und aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus in Deutschland.</li> </ul> <p>Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine stationäre Behandlung voraussichtlich länger als 14 Tage dauert oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden.</p> <p>Wird die versicherte Person beim Rücktransport von einem Mitreisenden begleitet, erstattet der Versicherer die Kosten für eine Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch notwendig, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist. Unabhängig davon, ob für die Begleitperson beim Versicherer zum Zeitpunkt des Rücktransports Versicherungsschutz für Rücktransporte aus dem Ausland besteht oder nicht.</p> <p>Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Der Versicherer ersetzt die Aufwendungen ohne Abzug der Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.</p> <p><b>3.2 Überführung oder Bestattung im Todesfall</b></p> <p>Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.</p> <p><b>4. Such- Rettungs- und Bergungskosten</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungskosten von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten nach einem Unfall der versicherten Person. Diese Leistungen sind begrenzt auf maximal 10.000 Euro je versicherte Person und Versicherungsfall.</p>
<b>(1) Gegenstand der Versicherung</b>	
Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.	
<b>(2) Versicherungsfall</b>	
Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.	
<b>(3) Örtlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</b>	
<b>a) Deutschland und Europa</b>	
Versicherungsschutz besteht in allen europäischen Ländern. Hierzu zählen auch der asiatische Teil der Türkei, Kasachstans und Russlands sowie die außereuropäischen Gebiete europäischer Länder.	
<b>b) Außerhalb Europas</b>	
Bei einem Aufenthalt außerhalb Europas besteht für die ersten zwölf Monate des Aufenthaltes Versicherungsschutz. Dauert der Aufenthalt länger, hat der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Verlängerung des Versicherungsschutzes. Der Versicherer kann hierfür einen Beitragszuschlag verlangen.	
<b>c) Erstattungshöhe im Ausland</b>	
Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.	
<b>§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten</b>	
<b>(1) Der Versicherer leistet nicht</b>	
a) für Erkrankungen, Unfälle und andere Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht wurden. Terroristische Anschläge gelten weder als Kriegsereignisse noch als innere Unruhen.	
Wird die versicherte Person im Ausland durch eines dieser Ereignisse überrascht und hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet rechtzeitig zu verlassen, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers hingegen bestehen.	
<b>(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt</b>	
c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.	
d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.	
<b>§ 15 Sonstige Beendigungsgründe</b>	
<b>(3) Abmeldung des Wohnsitzes in Deutschland und Wegzug</b>	
Bei Verlegung des Wohnsitzes in ein Land, das nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der versicherten Person, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde.	
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaft fortzusetzen.	
Der Versicherungsnehmer kann bei dem Versicherer beantragen, dass das Versicherungsverhältnis für maximal 5 Jahre fortgeführt wird.	
Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen	

Antrages, sofern der Antrag innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer gestellt wird. Der Versicherer kann für die Zeit der Wohnortverlegung einen Beitragszuschlag verlangen.

Eine Fortführung des Versicherungsverhältnisses kann nicht beantragt werden, wenn die rechtlichen Bestimmungen des Aufenthaltslandes eine Fortführung nicht zulassen oder der Versicherer aufgrund der Fortführung des Versicherungsverhältnisses eine besondere Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb im betreffenden Aufenthaltsland bedarf.

Nach Ablauf der Vereinbarung (maximal 5 Jahre) kann der Versicherungsnehmer bei weiterem vorübergehendem Auslandsaufenthalt erneut die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses beantragen.

## Index

### Honorare

AVB/VV	Tarif
<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p><b>(3) Örtlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</b></p> <p><b>a) Deutschland und Europa</b></p> <p>Versicherungsschutz besteht in allen europäischen Ländern. Hierzu zählen auch der asiatische Teil der Türkei, Kasachstans und Russlands sowie die außereuropäischen Gebiete europäischer Länder.</p> <p><b>b) Außerhalb Europas</b></p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltes (siehe Abschnitt II. G) zu 100 %.</p> <p><b>1. Ärztliche Leistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.</p> <p>Ärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.</p> <p><b>Tarif VARIO AmbulantPlus</b></p> <p><b>II. Versicherungsleistungen</b></p> <p>Kosten für ärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Soweit im Tarif GesundheitVARIO ein Selbstbehalt in Abzug gebracht wird, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Kosten und ist nicht erstattungsfähig.</p> <p><b>1. Ambulante ärztliche Leistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet Kosten, die über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinausgehen, zu 100 % wenn eine entsprechende Honorarvereinbarung vorliegt. Dies gilt für Leistungen des Tarifs GesundheitVARIO nach Abschnitt A.</p>

Bei einem Aufenthalt außerhalb Europas besteht für die ersten zwölf Monate des Aufenthaltes Versicherungsschutz. Dauert der Aufenthalt länger, hat der der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Verlängerung des Versicherungsschutzes. Der Versicherer kann hierfür einen Beitragszuschlag verlangen.

#### c) Erstattungshöhe im Ausland

Die Erstattung für Versicherungsleistungen außerhalb Deutschlands erfolgt zu den ortsüblichen Preisen.

### § 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer

#### (9) Gebührenordnungen

Arzt- und Zahnarztkosten sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH), Kosten für Hebammen und Entbindungsgelehrte nach der jeweils geltenden Hebammengebührenordnung (HebGeBO), psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig. Tariflich können andere Erstattungssätze vereinbart werden.

#### § 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten

#### (2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt

c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.

d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.

### Tarif VARIO KlinikPlus

#### 1. Wahlleistungen

Der Versicherer erstattet bei

- stationärer Krankenhausbehandlung (vollstationär oder teilstationär)
- stationärer Entbindung
- vor- und nachstationärer Behandlung
- stationärer Psychotherapie
- Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitationmaßnahmen

folgende Wahlleistungen:

- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte hinaus, wenn diese nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Wird über die Höchstsätze der GOÄ berechnet, muss eine entsprechende Honorarvereinbarung vorgelegt werden.
- Leistungen des Belegarztes, der Beleghebamme und des Belegenbindungsgelehrten die über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte hinausgehen, wenn diese nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden und eine entsprechende Honorarvereinbarung vorliegt
- gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefonanschluss, Fernseher und Internetzugang.

### Tarif VARIO ZahnPlus

#### 1. Zahnersatz

Der Versicherer erstattet Kosten für Zahnersatz zu 90 %, abzüglich der nach Tarif Gesundheit VARIO erstatteten Versicherungsleistungen. Die Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) auch über die dort festgelegten Höchstsätze hinaus erstattungsfähig. Wird über die Höchstsätze der GOÄ und GOZ berechnet muss eine entsprechende Honorarvereinbarung vorgelegt werden.

### Index

### Ambulante Behandlerwahl

AVB/VV	Tarif
--------	-------

<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p><b>§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht</b></p> <p><b>(2) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b></p> <p>Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre. Tariflich können weitere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als Tarifleistung vereinbart werden.</p> <p><b>§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer</b></p> <p><b>(1) Ärztliche Leistungserbringer</b></p> <p>Der versicherten Person steht die Wahl unter allen niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Darüber hinaus können auch medizinische Versorgungszentren, ambulante Operationszentren oder Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch genommen werden.</p> <p><b>(2) Heilpraktiker</b></p> <p>Es können auch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.</p> <p><b>(9) Gebührenordnungen</b></p> <p>Arzt- und Zahnarzkosten sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH), Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach der jeweils geltenden Hebammengebührenordnung (HebGebO), psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig. Tariflich können andere Erstattungssätze vereinbart werden.</p> <p><b>§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten</b></p> <p><b>(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt</b></p> <p>c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.</p> <p>d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltens (siehe Abschnitt II. G) zu 100 %.</p> <p><b>1. Ärztliche Leistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.</p> <p><b>10. Behandlung durch Heilpraktiker</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Heilpraktikers bis zu den Höchstsätzen und nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH), einschließlich Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem GebÜH und darüber hinaus sonstige von Heilpraktikern durchgeführte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen enthalten sind.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.</p> <p><b>11. Naturheilkunde durch Ärzte</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Arznei- und Verbandmittel im Rahmen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses der Besonderen Therapierichtungen.</p> <p>Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Höchstsätzen erstattet, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.</p>
---	--

[Index](#)

### Arzneimittel und künstliche Ernährung

AVB/VV	Tarif
§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich	<b>Tarif GesundheitVARIO</b>

## **(1) Gegenstand der Versicherung**

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.

## **(2) Versicherungsfall**

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

## **§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht**

### **(3) Arzneimittel, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, Digitale Gesundheitsanwendungen**

Der Versicherungsschutz umfasst im vertraglichen Umfang Leistungen für Arznei-, diätetische Lebens-, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, Digitale Gesundheitsanwendungen sowie unmittelbar zur Behandlung von schweren Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien. Die Regelung des § 4 Absatz 2 gilt hierfür entsprechend.

#### **a) Arznei- und diätetische Lebensmittel:**

Sie müssen von den in § 5 Absatz 1 und 2 aufgezählten Leistungserbringern verordnet und aus einer Apotheke bezogen werden.

Nicht als erstattungsfähige Arzneimittel gelten Nahrungsergänzungsmittel, medizinische Weine, Badezusätze sowie sonstige Präparate, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die der allgemeinen Stärkung, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, der Gewichtsreduktion oder der Reinigung und Pflege des Körpers dienen. Dies gilt ebenso für alle Arzneimittel, Mittel oder Produkte, die aus kosmetischen Gründen eingesetzt werden, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, auch der Empfängnisverhütung dienen, die nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern oder deren Wirkstoffe hauptsächlich Mikronährstoffe sind und nicht der parenteralen Ernährung dienen (z.B. Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente oder Aminosäuren).

Als diätetische Lebensmittel erstattungsfähig sind ausschließlich folgende diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (Bilanzierte Diäten):

- Bilanzierte Diäten zur Behandlung von Krankheiten, wenn ohne diese Präparate schwere gesundheitliche Schäden eintreten, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose.
- Sondernahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten (Trinknahrung) zur enteralen Ernährung
- Elementardiäten (Trinknahrung) bei Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, wenn eine Kuhmilcheiweißallergie vorliegt oder diese zur diagnostischen Abklärung bei Neurodermitis dienen.

## **§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten**

### **(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt**

c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.

d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.

Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltens (siehe Abschnitt II. G) zu 100 %.

### **1. Ärztliche Leistungen**

Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.

### **2. Arznei- und Verbandmittel, diätetische Lebensmittel und Verbrauchsmaterialien**

Der Versicherer erstattet die Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, diätetische Lebensmittel sowie unmittelbar zur Behandlung von schweren Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien (siehe § 4 Absatz 3 AVB/VV).

### **Tarif VARIO AmbulantPlus Tarif VARIO AmbulantPlus**

#### **II. Versicherungsleistungen**

##### **7. Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel**

Der Versicherer erstattet die Kosten für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel und nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva zu 100 %, soweit sie ärztlich verordnet sind, einschließlich ärztlicher Leistungen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahrs.

<a href="#"><u>Index</u></a>	
<b>Heilmittel</b>	
AVB/VV	Tarif

<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p><b>§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht</b></p> <p><b>(3) Arzneimittel, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, Digitale Gesundheitsanwendungen</b></p> <p>Der Versicherungsschutz umfasst im vertraglichen Umfang Leistungen für Arznei-, diätetische Lebens-, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, Digitale Gesundheitsanwendungen sowie unmittelbar zur Behandlung von schweren Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien. Die Regelung des § 4 Absatz 2 gilt hierfür entsprechend.</p> <p><b>b) Heilmittel:</b></p> <p>Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (z.B. Krankengymnastik, Massagen und medizinische Bäder), der podologischen Therapie, der Osteopathie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie Maßnahmen der Ergotherapie. Sie dürfen nur von den in § 5 Absatz 1, 2 und 5 aufgezählten Leistungserbringern erbracht werden.</p> <p><b>§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer</b></p> <p><b>(5) Sonstige Heilberufe</b></p> <p>Auf ärztliche Verordnung oder auf Verordnung eines Heilpraktikers haben die versicherten Personen freie Wahl unter den Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z.B. staatlich geprüfte Krankengymnasten, Masseure, Fachkräfte für Lymphdrainagen, Masseure und medizinische Bademeister, Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fußpfleger und Podologen nach dem Podologengesetz (PodG)).</p> <p><b>§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten</b></p> <p><b>(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt</b></p> <p>c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.</p> <p>d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltens (siehe Abschnitt II. G) zu 100 %.</p> <p><b>1. Ärztliche Leistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.</p> <p><b>12. Heilmittel</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für Heilmittel bis zu 130 % der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes. Hierzu gehören z.B. physikalische Therapien (Krankengymnastik, Inhalationen, Lymphdrainagen, Massagen, Packungen und medizinische Bäder), Logopädie, Ergotherapie, Podologie und Osteopathie.</p>
--	--

[Index](#)

## Hilfsmittel

AVB/VV	Tarif
--------	-------

## **§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich**

### **(1) Gegenstand der Versicherung**

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.

### **(2) Versicherungsfall**

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

## **§ 4 Umfang und Grundsätze der Leistungspflicht**

### **(3) Arzneimittel, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, Digitale Gesundheitsanwendungen**

Der Versicherungsschutz umfasst im vertraglichen Umfang Leistungen für Arznei-, diätetische Lebens-, Heil-, Hilfs- und Verbandmittel, Digitale Gesundheitsanwendungen sowie unmittelbar zur Behandlung von schweren Erkrankungen gehörende Verbrauchsmaterialien. Die Regelung des § 4 Absatz 2 gilt hierfür entsprechend.

#### **c) Hilfsmittel:**

Hilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine bestehende Behinderung oder Unfallfolge zu mildern oder auszugleichen oder die erforderlich sind, um Leben zu erhalten. Als Hilfsmittel zählen auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke.

Nicht als Hilfsmittel zählen

- allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens
- Hilfsmittel bzw. Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die vor allem der Pflege oder deren Erleichterung dienen (Pflegehilfsmittel)
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien) werden nicht erstattet.

#### **d) Digitale Gesundheitsanwendungen**

Erstattungsfähig sind auch Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), soweit der Tarif Leistungen hierfür vorsieht. Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz, die mittels digitaler Technologien die Gesundheit der versicherten Person fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten unterstützen. - DiGA müssen durch einen jeweils approbierten Arzt, psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sein. Sie müssen im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte ([www.BfArM.de](http://www.BfArM.de)) aufgeführt sein. Maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ist die Vergütungshöhe, die der Anbieter von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 134 SGB V verlangen kann.

- DiGA sind auch erstattungsfähig, wenn der Versicherer mit dem DiGA-Anbieter für sie einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Die

Erstattung richtet sich nach dem dort vereinbarten Preis.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal drei Monate erstattet. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Kostenersatzes die DiGA auch selbst zur Verfügung zu stellen. Der Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten des Erwerbs der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der DiGA, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb von Hardware einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

## **§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten**

### **(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt**

c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.

d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag

## **Tarif GesundheitVARIO**

### **A. Ambulante Heilbehandlung**

Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltens (siehe Abschnitt II. G) zu 100 %.

### **1. Ärztliche Leistungen**

Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.

### **13. Refraktive Chirurgie**

Der Versicherer erstattet pro Versicherungsfall (inklusive Vor- und Nachuntersuchungen) die Kosten für refraktive chirurgische Verfahren bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro je Auge.

### **14. Hilfsmittel**

14.1 Der Versicherer erstattet die Kosten für Hilfsmittel, wie z. B. Geh- und Stehhilfen, Rollstühle, Orthesen und orthopädische Schienen, Prothesen, orthopädische Schuhinlagen, Kompressionsstrümpfe, elektronische Sprechhilfen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Überwachungsmonitore, Applikationshilfen wie Ernährungs- und Insulinpumpen, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte. Der Versicherer erstattet auch Kosten für die Anschaffung eines Blindenhundes inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen.

14.2 Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztlich verordnete Hör- und Tinnitusgeräte jeweils bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 Euro je Ohr.

14.3 Der Versicherer erstattet die Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 500 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren. Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

Der Versicherer erstattet darüber hinaus die Kosten für die Refraktionsbestimmung durch den Optiker.

14.4 Der Versicherer erstattet auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen.

14.5 Der Versicherer erstattet die Kosten für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB. Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen.

### **15. Kommunikationshilfe**

Der Versicherer erstattet die Kosten für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfeverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

### **B. Stationäre Krankenhausbehandlung**

Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen zu 100 %.

### **12. Kommunikationshilfe**

Der Versicherer erstattet die Kosten für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfeverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

### **Tarif VARIO AmbulantPlus**

#### **2. Refraktive Chirurgie**

Der Versicherer erstattet die nach Vorleistung des Tarifes GesundheitVARIO verbleibenden Kosten für refraktive chirurgische Verfahren zu 100 %.

### **3. Sehhilfen**

Der Versicherer erstattet die nach Vorleistung des Tarifes GesundheitVARIO verbleibenden Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) zu 100 %. Die Erstattung nach Tarif VARIO AmbulantPlus ist auf 500 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren begrenzt. Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet. Die Erstattung ist zusammen mit der Leistung aus dem Tarif GesundheitVARIO auf den Rechnungsbetrag begrenzt.

### **4. Hör- und Tinnitusgeräte**

Der Versicherer erstattet die nach Vorleistung des Tarifes GesundheitVARIO verbleibenden Kosten für Hör- und Tinnitusgeräte zu 100 %.

begrenzen.

[Index](#)

## **Psychotherapie**

AVB/VV

Tarif

<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p><b>§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer</b></p> <p><b>(1) Ärztliche Leistungserbringer</b></p> <p>Der versicherten Person steht die Wahl unter allen niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Darüber hinaus können auch medizinische Versorgungszentren, ambulante Operationszentren oder Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch genommen werden.</p> <p><b>(2) Heilpraktiker</b></p> <p>Es können auch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.</p> <p><b>(3) Psychotherapeuten</b></p> <p>Leistungen für Psychotherapie werden erstattet, wenn sie von Ärzten, approbierten ärztlichen Psychotherapeuten, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. Psychotherapeutische Leistungen durch Heilpraktiker werden nur erstattet, wenn dies tariflich vorgesehen ist.</p> <p><b>§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten</b></p> <p><b>(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt</b></p> <p>c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.</p> <p>d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltens (siehe Abschnitt II. G) zu 100 %.</p> <p><b>1. Ärztliche Leistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.</p> <p><b>9. Psychotherapie</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für psychotherapeutische Leistungen nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.</p> <p><b>18. Soziotherapie</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für Soziotherapie im Sinne von § 37 a und § 132 b SGB V:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nach Verordnung durch einen Arzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</li> <li>- nach der Gebührenordnung für Ärzte oder bis zu den Beträgen, die die Gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit dem Leistungserbringer vereinbart hat.</li> </ul> <p><b>B. Stationäre Krankenhausbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen zu 100 %.</p> <p><b>11. Psychotherapie</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Psychotherapie im Umfang der Nummern 1 und 2.</p>
--	---

[Index](#)

## Stationäre Behandlung

AVB/VV	Tarif
--------	-------

<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p><b>§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer</b></p> <p><b>(6) Krankenhäuser</b></p> <p>Bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.</p> <p>Dies gilt auch dann, wenn die Krankenhäuser zusätzlich Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen anbieten.</p> <p><b>§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten</b></p> <p><b>(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt</b></p> <p>c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.</p> <p>d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>B. Stationäre Krankenhausbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen zu 100 %.</p> <p><b>1. Allgemeine Krankenhausleistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a SGB V.</p> <p>In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen (keine wahlärztlichen) Leistungen. Heilmittel werden bis zu 130 % der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes erstattet.</p> <p>Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählt auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person.</p> <p><b>2. Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger.</p> <p>Die Leistungen von Belegärzten sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.</p> <p>Die Leistungen von Beleghebammen und -entbindungspflegern sind nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammengebührenordnung bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.</p> <p><b>Tarif VARIO KlinikPlus</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten zu 100 % für:</p> <p><b>1. Wahlleistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stationärer Krankenhausbehandlung (vollstationär oder teilstationär)</li> <li>- stationärer Entbindung</li> <li>- vor- und nachstationärer Behandlung</li> <li>- stationärer Psychotherapie</li> <li>- Anschlussheilbehandlung und medizinischer Rehabilitationmaßnahme</li> </ul> <p>folgende Wahlleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte hinaus, wenn diese nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Wird über die Höchstsätze der GOÄ berechnet, muss eine entsprechende Honorarvereinbarung vorgelegt werden.</li> <li>- Leistungen des Belegarztes, der Beleghebammen und des Belegentbindungspflegers die über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden und eine entsprechende Honorarvereinbarung vorliegt</li> <li>- gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefonanschluss, Fernseher und Internetzugang.</li> </ul> <p>Die Leistungen werden auch in Krankenhäusern erbracht, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.</p> <p><b>2. Ambulante Operationen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, die über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinausgehen im Rahmen von ambulanten stationerstzenden Eingriffen im Krankenhaus zu 100 % wenn eine entsprechende Honorarvereinbarung vorliegt.</p> <p>Ärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.</p>
---	--

[Index](#)

### Anschlussheilbehandlung, Reha und Kur

AVB/VV	Tarif
<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p><b>§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer</b></p> <p><b>(6) Krankenhäuser</b></p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltens (siehe Abschnitt II. G) zu 100 %.</p> <p><b>1. Ärztliche Leistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.</p> <p><b>24. Ambulante Kuren</b></p> <p>Bei einer ärztlich verordneten Kur erstattet der Versicherer ärztliche Leistungen und Arzneimittel. Die Kosten für Heilmittel werden bis zu 130 % der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes erstattet.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Kurtaxe, Unterbringung und Verpflegung.</p> <p><b>B. Stationäre Krankenhausbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen zu 100 %.</p> <p><b>3. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation</b></p>

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Dies gilt auch dann, wenn die Krankenhäuser zusätzlich Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen anbieten.

## § 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten

### (2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt

a) für Entwöhnungs- oder Entzugsbehandlungen. Darunter sind alle ambulanten und stationären Behandlungen zu verstehen, die darauf abzielen, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder anderen Suchtmitteln zu lösen. Erstattet werden nur drei ambulante oder stationäre Maßnahmen pro versicherter Person während der gesamten Vertragslaufzeit. Die Behandlung muss in Einrichtungen stattfinden, die über ein wissenschaftlich anerkanntes Behandlungskonzept verfügen. Bei stationärer Behandlung werden nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.

b) für Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren  
Sie werden nur erstattet, wenn der Tarif hierfür ausdrücklich Leistungen vorsieht.

c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.

d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.

e) für Leistungen, für die auch ein Anspruch besteht

- gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung oder
- gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung oder
- aus dem Soldatenversorgungsgesetz oder
- auf gesetzliche Heilfürsorge oder
- auf Unfallfürsorge oder
- gegenüber der Pflegepflichtversicherung.

In diesen Fällen erstattet der Versicherer nur die Leistungen, die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehen und notwendig sind.

Der Versicherer erstattet die Kosten für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation im Umfang der Nummern B.1 und B.2.

Wird die Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation ambulant durchgeführt, erstattet der Versicherer anstelle der allgemeinen Krankenhausleistung den Tagessatz der Einrichtung, in der die Behandlung durchgeführt wird.

Als medizinische Rehabilitation gelten nicht z.B. Klima-Kuren oder Mutter- Kind-Kuren.

Ist ein anderer Kostenträger vorleistungspflichtig, erstatten der Versicherer die beim Versicherten verbleibenden Restkosten, wie z.B. die gesetzliche Eigenbeteiligung.

### 4. Stationäre Kur

Bei einer ärztlich verordneten Kur erstattet der Versicherer ärztliche Leistungen und Arzneimittel. Die Kosten für Heilmittel werden bis zu 130 % der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundes erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für die Kurtaxe, Unterbringung und Verpflegung sowie Kosten für wahlärztliche Leistungen.

[Index](#)

## Häusliche Krankenpflege und Palliativversorgung

AVB/VV

Tarif

<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p>Als Versicherungsfall gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- palliativmedizinische Leistungen.</li> </ul> <p><b>§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer</b></p> <p><b>(7) Palliative Leistungserbringer, Hospize</b></p> <p>Palliativmedizinische Leistungen werden erstattet, wenn die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen. Bei voll- und teilstationären Hospizleistungen hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen.</p> <p><b>§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten</b></p> <p><b>(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt</b></p> <p>c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.</p> <p>d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltens (siehe Abschnitt II. G)</p> <p>zu 100 %.</p> <p><b>1. Ärztliche Leistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.</p> <p><b>23. Häusliche Krankenpflege</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für die häusliche Krankenpflege.</p> <p>Diese umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlungspflege</li> <li>- Grundpflege und</li> <li>- hauswirtschaftliche Versorgung</li> </ul> <p>Die Maßnahme zur häuslichen Krankenpflege muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind.</p> <p>Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.</p> <p><b>B. Stationäre Krankenhausbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen zu 100 %.</p> <p><b>10. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege)</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung, nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 festgestellt ist.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen Pflegeversicherung endet die Leistung aus diesem Tarif.</p> <p><b>D. Sonstige Leistungen</b></p> <p><b>2. Palliativ- und Hospizversorgung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet zu 100 % die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132 d SGB V verfügen. Der Versicherer erstattet Kosten für voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39 a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.</p>
---	--

## Transporte

AVB/VV	Tarif
--------	-------

<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p><b>§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten</b></p> <p><b>(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt</b></p> <p>c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.</p> <p>d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehaltens (siehe Abschnitt II. G)</p> <p>zu 100 %.</p> <p><b>16. Fahrt- und Transportkosten</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge zum Arzt oder Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.</p> <p>Der Versicherer erstattet ebenfalls die Kosten für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden. Darüber hinaus erstattet der Versicherer nachgewiesene Fahrtkosten zur ambulanten und zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu 50 Euro Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit</li> <li>- schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahruntauglichkeit besteht</li> </ul> <p>Die Begrenzung entfällt in folgenden Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fahrten zur Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie</li> <li>- bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation)</li> <li>- bei ambulanten Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.</li> </ul> <p><b>B. Stationäre Krankenhausbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen zu 100 %.</p> <p><b>9. Fahrt- und Transportkosten</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für die medizinisch notwendigen Rettungsfahrten und -flüge oder die medizinisch notwendige Verlegung zum Krankenhaus mit Rettungsmitteln wie Notfallkranken-, Notarzt- und Rettungskraftwagen sowie Rettungshubschraubern.</p> <p>Kosten für den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen zur Behandlung geeigneten Krankenhaus werden ebenfalls erstattet, wenn dafür eine fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes medizinisches Personal oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.</p> <p>Darüber hinaus erstattet der Versicherer nachgewiesene Fahrtkosten zur stationären Heilbehandlung bis zu 50 Euro Rechnungsbetrag für die Hin- und Rückfahrt bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Geh- oder Sehunfähigkeit</li> <li>- schweren Erkrankungen aufgrund derer Fahruntauglichkeit besteht</li> </ul> <p>Die Begrenzung entfällt in folgenden Fällen- Fahrten zur stationären Dialyse-, Strahlen- und Chemotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei ambulanten stationersetzenden Eingriffen im Krankenhaus (am Tag der Operation)</li> <li>- bei stationären Behandlungen, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.</li> </ul> <p><b>D. Sonstige Leistungen</b></p> <p><b>4. Such- Rettungs- und Bergungskosten</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungskosten von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten nach einem Unfall der versicherten Person. Diese Leistungen sind begrenzt auf maximal 10.000 Euro je versicherte Person und Versicherungsfall.</p>
--	---

[Index](#)

## Zahnleistungen

AVB/VV	Tarif
--------	-------

<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p><b>§ 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer</b></p> <p><b>(9) Gebührenordnungen</b></p> <p>Arzt- und Zahnarzkosten sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH), Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach der jeweils geltenden Hebammengebührenordnung (HebGebO), psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig. Tariflich können andere Erstattungssätze vereinbart werden.</p> <p><b>§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten</b></p> <p><b>(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt</b></p> <p>c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.</p> <p>d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>C. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie</b></p> <p><b>1. Zahnbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet zu 100 % die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) konservierende Leistungen einschließlich Inlays, Onlays und die dazugehörigen Material- und Laborkosten</li> <li>b) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums</li> <li>c) Diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen</li> <li>d) anästhetische Leistungen und besondere Anästhesieleistungen wie Vollnarkose, Akupunktur oder Hypnose sind bei medizinischer Notwendigkeit erstattungsfähig</li> </ul> <p>Zahnärztliche Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.</p> <p><b>2. Zahnvorsorge</b></p> <p>Der Versicherer erstattet zu 100 % die Kosten für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B der GOZ einschließlich der professionellen Zahnreinigung. Zusätzlich werden die Positionen 0010, 2000 bei Fissurenversiegelung, 4050, 4055 und 4060 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als Zahnvorsorge erstattet.</p> <p>Der Anspruch auf eine mögliche erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Absatz 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht verwirkt.</p> <p><b>3. Zahnersatz</b></p> <p>3.1 Der Versicherer erstattet zu 70 % die Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) prothetische Leistungen</li> <li>b) Kronen und Brücken mit Verblendungen</li> <li>c) Veneers</li> <li>d) Implantate und die in diesem Zusammenhang anfallenden Kosten für diagnostische, anästhetische und besondere Anästhesieleistungen wie Vollnarkose, Akupunktur oder Hypnose bei medizinischer Notwendigkeit sowie chirurgische Leistungen (wie z.B. der Knochenaufbau)</li> <li>e) Reparaturen von bestehendem Zahnersatz</li> <li>f) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie)</li> <li>g) Aufbissbehelfe und Schienen</li> </ul> <p>3.2 Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne und die Material- und Laborkosten.</p> <p>3.3 Die Erstattung ist in den ersten drei Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 6.000 Euro begrenzt. Diese Begrenzung gilt nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.</p> <p><b>4. Kieferorthopädie</b></p> <p>Der Versicherer erstattet zu 100 % die Kosten für kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 20. Lebensjahrs.</p> <p>Unabhängig vom Alter der versicherten Person erstattet der Versicherer Kosten für kieferorthopädische Leistungen, sofern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diese aufgrund eines Unfalls, der nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, notwendig sind oder</li> <li>- die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts, der Kiefer oder einer skelettalen Dysgnathie erforderlich und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.</li> </ul> <p>Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne und die Material- und Laborkosten.</p> <p><b>Serviceleistung Zahn</b></p> <p>Wir empfehlen Ihnen bei Zahnersatzmaßnahmen sowie bei kieferorthopädischen Behandlungen ab einem Betrag von 2.500 Euro vor Behandlungsbeginn Ihren Heil- und Kostenplan einzureichen. Darüber hinaus erhalten Sie Beratung und Unterstützung von unseren Zahnexperten. Rufen Sie dazu unsere Servicehotline an.</p> <p><b>Tarif VARIO ZahnPlus</b></p> <p><b>II. Versicherungsleistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten zu 100 % für:</p> <p><b>1. Zahnersatz</b></p> <p>Der Versicherer erstattet Kosten für Zahnersatz zu 90 %, abzüglich der nach Tarif GesundheitVARIO erstatteten Versicherungsleistungen. Die Leistungen sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) auch über die dort festgelegten Höchstsätze hinaus erstattungsfähig. Wird über die Höchstsätze der GOÄ und GOZ berechnet muss eine entsprechende Honorarvereinbarung vorgelegt werden. Als erstattungsfähig gelten die Leistungen nach Abschnitt II. C 3 im Tarif GesundheitVARIO. Soweit im Tarif GesundheitVARIO ein Abzug aufgrund des dort vereinbarten Höchstsatzes nach Abschnitt II. C 3.3 in den ersten drei Kalenderjahren erfolgt, gehört dieser nicht zu den erstattungsfähigen Kosten nach Tarif VARIO ZahnPlus. Solange im Tarif GesundheitVARIO noch ein Höchstsatz nach Abschnitt II. C 3.3 für den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag besteht, gilt dieser in gleicher Höhe auch für den Tarif VARIO ZahnPlus.</p> <p><b>2. Zahnbehandlung, Zahnvorsorge und Kieferorthopädie</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen, die über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) hinausgehen zu 100 %, wenn diesennach den Grundsätzen der Gebührenordnung berechnet werden und eine entsprechende Honorarvereinbarung vorliegt. Dies gilt für Leistungen des Grundbausteins nach Abschnitt II. C 1, 2 und 4.</p>
--	---

[Index](#)

## Prävention

AVB/VV	Tarif
<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p>Als Versicherungsfall gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).</li> </ul> <p><b>§ 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten</b></p> <p><b>(2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt</b></p> <p>c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.</p> <p>d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehalt (siehe Abschnitt II. G) zu 100 %.</p> <p><b>1. Ärztliche Leistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.</p> <p><b>3. Vorsorgeuntersuchungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die in den gesetzlichen Programmen vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewendet.</p> <p>Darüber hinaus übernehmen wir die Kosten für weitere gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen. Im Anhang sind die entsprechenden Untersuchungen namentlich und mit GOÄ-Nummern abschließend genannt.</p> <p>Der tarifliche Selbstbehalt nach Abschnitt II.G wird für die beschriebenen Vorsorgeuntersuchungen nicht angerechnet.</p> <p>Der Anspruch auf eine mögliche erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Absatz 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht verwirkt.</p> <p><b>7. Medizinische Schulungen für chronisch Kranke</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für Erst- und Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten, wie z.B. Diabetes, Asthma sowie Neurodermitis, wenn die Abrechnung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von einem nach § 5 Absatz 1 AVB/VV anerkannten Therapeuten durchgeführt wird.</p> <p><b>8. Schutzimpfungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für Impfungen einschließlich Impfstoff. Hierzu zählen auch Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen inklusive Malaria prophylaxe.</p> <p>Der tarifliche Selbstbehalt nach Abschnitt II.G gilt für diese Leistungen nicht. Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Absatz 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht beeinträchtigt.</p> <p><b>Tarif VARIO AmbulantPlus</b></p> <p><b>5. Vorsorgeuntersuchungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 200 Euro pro Kalenderjahr zu 100 %, sofern sie nicht bereits nach dem Tarif GesundheitVARIO erstattet werden.</p> <p><b>6. Prävention und Gesundheitsförderung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet Kosten zu 50 % aus insgesamt maximal 600 Euro pro Kalenderjahr für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Präventionskurse</li> </ul> <p>Als Präventionskurse gelten Maßnahmen nach § 20 Absatz 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Voraussetzung für die Erstattung ist, dass ein Nachweis über die Teilnahme (mindestens 80 % der Kurseinheiten) vorgelegt wird. Dies ist vom Kursanbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sportmedizinische Untersuchungen. Hierzu gehören z. B. die Anamnese, die Erhebung des Ganzkörperstatus, Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung und Laktatbestimmung sowie abschließende Besprechung. Die Untersuchungen müssen von einem Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ durchgeführt werden.</li> </ul> <p>Tauchsportärztliche Untersuchungen werden erstattet, sofern sie dazu dienen, herzspezifische Risiken abzuklären und Tauchunfällen vorzubeugen. Ausgenommen sind Untersuchungen zu Berufszwecken. Die Untersuchung kann nur übernommen werden, wenn sie von einem zugelassenen Tauchmediziner durchgeführt wird.</p>

[Index](#)

## Familienplanung

AVB/VV	Tarif
<p><b>§ 1 Gegenstand der Versicherung und Versicherungsfall, örtlicher Geltungsbereich</b></p> <p><b>(1) Gegenstand der Versicherung</b></p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Versicherungsvertrag vereinbarten Ereignissen.</p> <p><b>(2) Versicherungsfall</b></p> <p>Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Er beginnt mit der ersten Behandlungsmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p>Als Versicherungsfall gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung.</li> </ul> <p><b>§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes, keine Wartezeiten</b></p> <p>(2) Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und im Falle einer Adoption Bei Neugeborenen beginnt der</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, abzüglich des tariflich vereinbarten Selbstbehalt (siehe Abschnitt II. G) zu 100 %.</p> <p><b>1. Ärztliche Leistungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, wie z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt.</p> <p><b>4. Pränataldiagnostik</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Vorsorge während der Schwangerschaft. Hierzu zählen z. B. Dopplersonografie, kardiale Echografie, Nackentransparenztest sowie Triple-/Quadruple-Test.</p> <p><b>5. Kosten für Schwangerschaft und Entbindung</b></p> <p>5.1 Der Versicherer erstattet Leistungen der Hebammme und des Entbindungslegers nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammengebührenordnung bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.</p> <p>5.2 Der Versicherer erstattet bei einer Hausgeburt anstelle der Kosten für Krankenhausleistungen, gegen Vorlage eines Geburtsnachweises, eine Entbindungsphauschale in Höhe von 500 Euro. Bei Mehrlingsgeburten wird das entsprechend Vielfache erstattet.</p> <p>5.3 Der Versicherer erstattet die Kosten für folgende Behandlungen wegen Schwangerschaft: Wochenbettgymnastik, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik und Geburtsvorbereitungskurs. Die Kosten für Geburtsvorbereitungskurse werden auch für den Partner übernommen.</p>

Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Geburt, wenn

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und
- die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

Der Versicherungsschutz für Neugeborene darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils. Die Wahl einer anderen Selbstbehaltsstufe oder eines höheren Versicherungsschutzes bei Zahnbefandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie ist möglich.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind die vor der Geburt entstandenen körperlichen oder geistigen Schädigungen und Erkrankungen.

Die Aufwendungen für Neugeborene, die vor und während der Geburt entstehen, sowie die Aufwendungen für gesunde Neugeborene direkt nach der Geburt unterliegen dem Versicherungsschutz der Mutter.

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

## § 5 Erstattungsfähige Leistungserbringer

### (4) Leistungserbringer bei Schwangerschaft und Entbindung

Bei Schwangerschaft und Entbindung können auch Hebammen und Entbindungsphysiker sowie Entbindungsheime und Geburtshäuser in Anspruch genommen werden.

### § 6 Keine oder eingeschränkte Leistungspflichten

#### (2) Der Versicherer leistet nur eingeschränkt

c) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß überschreiten. Der Versicherer erstattet in diesen Fällen nur einen angemessenen Betrag.

d) für Behandlungen oder sonstige Leistungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Auch in diesen Fällen kann der Versicherer die Erstattung auf einen angemessenen Betrag begrenzen.

## 6. Schwangerschaftsabbruch

Der Versicherer erstattet die Kosten für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinisch notwendiger oder kriminologischer Indikation gemäß § 218a Strafgesetzbuch.

## 17. Sozialpädiatrische Zentren und Frühförderung

Der Versicherer erstattet die Kosten für sozialpädiatrische Behandlungen im Sinne von § 119 SGB V und Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung:

- bis zu den Beträgen, die die Gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat
- in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder Gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

## 21. Künstliche Befruchtung

Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn (d. h. vor Beginn der Hormonstimulation des ersten Behandlungszyklus) schriftlich zugesagt hat.

Eine schriftliche Zusage wird erteilt, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) es liegt eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vor
- b) nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen wird vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen
- c) es wurde noch kein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt
- d) die Frau hat das 43. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet
- e) es handelt sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15 %)
- f) die Behandlung erfolgt nach deutschem Recht

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen höchstens

- 3 Inseminationen und
- 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI)

Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht in diesem Tarif versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegenüber einem anderen Leistungsträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle), sind nur die Kosten erstattungsfähig, die vom Anspruch gegenüber dem anderen Leistungsträger nicht umfasst werden.

## 22. Kryokonservierung von Eizellen und Sperma

Der Versicherer erstattet die Kosten für die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe, sowie für die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer Keimzellschädigung Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Nummer 21 vornehmen zu können.

Die Kosten werden bis zur Vollendung des 43. Lebensjahrs der Frau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahrs des Mannes übernommen.

## B. Stationäre Krankenhausbehandlung

Der Versicherer erstattet die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen zu 100 %.

### 1. Allgemeine Krankenhausleistungen

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählt auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person.

### 2. Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungsphysiker

Der Versicherer erstattet die Kosten für Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungsphysiker.

Die Leistungen von Belegärzten sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

Die Leistungen von Beleghebammen und -entbindungsphysikern sind nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammengebührenordnung bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

### 6. Kosten für Schwangerschaft und Entbindung

6.1 Der Versicherer erstattet auch die Kosten für Entbindungen im Entbindungsheim bzw. Geburtshaus.

6.2 Sofern eine Pauschale für das gesunde Neugeborene in Rechnung gestellt wird, sind diese Kosten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen des bestehenden Versicherungsschutzes der Mutter erstattungsfähig.

### 7. Schwangerschaftsabbruch

Der Versicherer erstattet die Kosten für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinisch notwendiger oder kriminologischer Indikation gemäß § 218a Strafgesetzbuch.

### 8. Rooming-In

Bei stationärer Behandlung eines nach diesem Tarif versicherten Kindes erstattet der Versicherer die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Umfang der Nummer 1. Voraussetzung ist, dass das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

### D. Sonstige Leistungen

#### 3.3 Leistungen für Kinderbetreuung

Die Kosten der Betreuung des minderjährigen Kindes, welches die Reise allein fortsetzen oder abbrechen muss, sofern alle Betreuungspersonen oder die einzige an einer Reise teilnehmende Betreuungsperson des mitreisenden minderjährigen Kindes die Reise aufgrund von Tod, schwerem Unfall oder unerwarteter schwerer Erkrankung nicht planmäßig beenden kann, werden erstattet.

### E. Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Bezug von Elterngeld

Bezieht die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in diesem Tarif ab dem Ersten des Monats, der auf den Beginn des Elterngeldbezuges folgt, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt sechs Monaten. Voraussetzung ist, dass:

- die Beiträge bis zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vollständig gezahlt sind
- keine Anwartschafts- oder Ruhensversicherung besteht

Der Bezug von Elterngeld ist durch die vom Versicherer geforderten Nachweise zu belegen.

## Tarif VARIO AmbulantPlus

## 8. Hauswirtschaftliche Versorgung

Der Versicherer erstattet die Kosten für die hauswirtschaftliche Versorgung, wenn die versicherte Person nach ärztlichem Attest wegen schwerer Erkrankung, Schwangerschaft oder Entbindung den Haushalt nicht weiterführen kann.

Die durch Rechnung nachgewiesenen Personalkosten einer hauswirtschaftlichen Versorgung erstattet der Versicherer bis maximal 80 Euro pro Tag zu 100 % für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.

Die Kosten werden nicht erstattet, wenn ein Familienangehöriger der versicherten Person (Ehegatten, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder) die hauswirtschaftliche Versorgung übernimmt.

Sofern Leistungen für hauswirtschaftliche Versorgung aus dem Tarif GesundheitVARIO übernommen werden, oder eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI besteht, endet der Leistungsanspruch aus dem Tarif VARIO AmbulantPlus.

## [Index](#)

### Wechseloptionen

AVB/VV	Tarif
<p><b>§ 2 Umwandlung und Anpassung des Versicherungsschutzes</b></p> <p><b>(1) Tarifwechsel</b></p> <p>Der Versicherungsnehmer hat das Recht, seinen bestehenden Versicherungsschutz zu ändern und in andere Tarife des Versicherer zu wechseln. Bei den Tarifen muss es sich um Tarife mit gleicherlarem Versicherungsschutz handeln und die versicherte Person muss in ihnen versicherungsfähig sein. Der Wechsel erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers. Ist der neue Versicherungsschutz höher oder beinhaltet er zusätzliche Leistungen, kann der Versicherer den Tarifwechsel von der Vereinbarung eines Risikozuschlags oder eines Leistungsausschlusses für die Mehrleistung abhängig machen.</p> <p>Kein Anspruch auf Tarifwechsel besteht, wenn der Tarifwechsel - aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden (Unisex) in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist (Bisex) oder - in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) oder - aus oder in befristete Tarife verlangt wird.</p> <p>Beim Tarifwechsel bleiben alle erworbenen Rechte und Pflichten erhalten. Die bis zum Tarifwechsel gebildete Alterungsrückstellung wird im neuen Tarif - nach Maßgabe dessen technischer Berechnungsgrundlage - angerechnet.</p> <p><b>§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer</b></p> <p><b>(2) Außerordentliche Kündigung</b></p> <p><b>a) Kündigung infolge Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder bei Heilfürsorge</b></p> <p>Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, die</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird oder</li><li>- für die ein gesetzlicher Anspruch auf Familienversicherung oder</li></ul>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>F. Optionen</b></p> <p><b>1. Erhöhung des Versicherungsschutzes</b></p> <p>1.1 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu bestimmten Anlässen den Versicherungsschutz der betroffenen versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung wie folgt anzupassen:</p> <p>1.1.1. Den Tarif GesundheitVARIO auf eine geringere Selbstbehaltsstufe umstellen</p> <p>1.1.2. Zum Zeitpunkt des Anlasses mit den Tarifen GesundheitVARIO kombinierbare Ergänzungsbausteine der Tariflinie VARIO abschließen. Diese Optionen können einzeln oder zusammen ausgeübt werden. Die Optionen können bei Eintritt der folgenden Anlässe ausgeübt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Heirat</li><li>b) Scheidung</li><li>c) Ende der Ausbildung oder Studium, spätestens zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres</li><li>d) Wechsel zwischen einem Arbeitnehmerverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit</li><li>e) drei Jahre nach Beginn einer selbständigen Tätigkeit</li><li>f) nach dem dritten und sechsten Kalenderjahr nach Übertritt aus der Gesetzlichen Krankenversicherung oder privaten Krankheitskostenvollversicherung eines anderen Unternehmens in die Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers.</li></ul> <p>1.2. Besondere Optionen für Eltern bei Beginn und Ende der Ausbildung oder Studium eines versicherten Kindes</p> <p>Der Versicherungsnehmer kann die unter 1.1.1. und 1.1.2. genannten Optionen jeweils bei Beginn und Ende der Ausbildung oder Studium eines versicherten Kindes auch für die im Tarif GesundheitVARIO versicherten Elternteile ausüben.</p> <p>1.3. Antrag auf Erhöhung des Versicherungsschutzes</p> <p>Die Anpassung des Versicherungsschutzes ist innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anlass eingetreten ist, zu beantragen. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsende nach Antragstellung. Der höhere Versicherungsschutz gilt auch für laufenden Versicherungsfälle. Der Eintritt des Anlasses ist durch die vom Versicherer geforderten Nachweise zu belegen.</p> <p>Sind Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) vereinbart, werden diese bei Erhöhung des Versicherungsschutzes überfragt. Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und an die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.</p> <p><b>2. Vorübergehende Reduzierung des Versicherungsschutzes</b></p> <p>2.1. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, zu bestimmten Anlässen den Versicherungsschutz der betroffenen versicherten Person befristet</p>

- für die ein (nicht nur vorübergehender) Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamterrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis besteht,

innerhalb von drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt des Entstehens dieses Anspruchs kündigen. Dem Versicherer steht in diesem Fall der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Den Eintritt der Versicherungspflicht hat der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, nachzuweisen. Versäumt er die Frist und hat er das Versäumnis zu vertreten, ist die Kündigung unwirksam.  
Wird die Versicherungspflicht dem Versicherer später nachgewiesen, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, zu dem er den Nachweis erbringt. Dem Versicherer steht der Beitrag bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.  
Bei Eintritt der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb von drei Monaten eine Umwandlung der Versicherung in für das Neugeschäft geöffnete Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Die Umwandlung erfolgt entsprechend des vorher versicherten Leistungsumfangs ohne erneute Gesundheitsprüfung.

#### **§ 14 Kündigung durch den Versicherer**

##### **(1) Ordentliche Kündigung**

Die ordentliche Kündigung durch den Versicherer ist ausgeschlossen.

##### **(2) Außerordentliche Kündigung**

Die gesetzlichen Vorschriften über die außerordentliche Kündigung bleiben unberührt.  
Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis in eigenem Namen oder unter Benennung eines neuen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben.

(maximal drei Jahre) zu reduzieren und zu einem späteren Zeitpunkt ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen höheren Versicherungsschutz zurückzukehren.

Hierzu kann der Versicherungsschutz innerhalb des Tarifs Gesundheit-VARIO von einer Leistungsstufe mit niedrigem Selbstbehalt in eine Leistungsstufe mit höherem Selbstbehalt umgestellt werden.  
Diese Option kann bei Eintritt der folgenden Anlässe ausgeübt werden:

- a) Erwerb einer Wohnimmobilie
- b) Heirat
- c) Scheidung
- d) Geburt und Adoption eines Kindes
- e) Wechsel zwischen einem Arbeitnehmerverhältnis und einer selbständigen Tätigkeit
- f) drei Jahre nach Beginn einer selbständigen Tätigkeit
- g) nach dem dritten und sechsten Kalenderjahr nach Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder privaten Krankheitskostenvollversicherung eines anderen Unternehmens in die Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers.
- h) Elternzeit; für Selbständige gilt dies auch bei Bezugs von Elterngeld
- i) Pflege- oder Familienpflegezeit
- j) Ausbildung oder Studiums, spätestens zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres
- k) Arbeitslosigkeit
- l) Sabbatical

Die mit dem Tarif GesundheitVARIO kombinierbaren Ergänzungsbausteine der Tariflinie VARIO können weitere Optionen zur vorübergehenden Reduzierung des Versicherungsschutzes vorsehen.

##### **2.2. Antrag auf Umstellung des Versicherungsschutzes und Rückkehr in niedrigere Selbstbehaltsstufe:**

###### **2.2.1. Anlässe a) bis g)**

Die vorübergehende Umstellung zu den Anlässen ist innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anlass eingetreten ist, zu beantragen. Der Eintritt des Anlasses ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

Die Rückkehr in eine niedrigere Selbstbehaltsstufe ohne erneute Gesundheitsprüfung ist zu dem bei Umstellung vereinbarten Zeitpunkt zu beantragen. Der Antrag muss spätestens drei Monate nach dem vereinbarten Zeitpunkt beim Versicherer eingehen. Die Umstellung erfolgt zu dem bei Umstellung vereinbarten Zeitpunkt.

Sind Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) vereinbart, werden diese bei Umstellung des Versicherungsschutzes übertragen. Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und an die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

###### **2.2.2. Anlässe h bis l)**

Die vorübergehende Umstellung zu den Anlässen kann während der Dauer des Anlasses einmalig für denselben Anlass beantragt werden. Der Eintritt des Anlasses ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Die Anpassung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

Die Rückkehr in eine niedrigere Selbstbehaltsstufe ohne erneute Gesundheitsprüfung ist zum Ende des Anlasses, spätestens drei Jahren nach Umstellung zu beantragen. Das Ende des Anlasses ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Der Antrag muss spätestens drei Monate nach dem Ende des Anlasses oder bei noch bestehendem Anlass spätestens drei Monate nach Ablauf von drei Jahren ab Umstellung beim Versicherer eingehen. Die Anpassung erfolgt zum Ende des Anlasses oder nach Ablauf der drei Jahre.

Sind Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse) vereinbart, werden diese bei vorübergehender Reduzierung des Versicherungsschutzes übertragen. Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und an die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

###### **2.2.3. Besondere Optionen für Eltern eines versicherten Kindes bei Ausbildung oder Studium des Kindes**

Der Versicherungsnehmer kann die Option bei Ausbildung oder Studium eines versicherten Kindes auch für die im Tarif GesundheitVARIO versicherten Elternteile ausüben.

##### **Tarif VARIO AmbulantPlus, Tarif VARIO KlinikPlus, Tarif VARIO ZahnPlus**

##### **9. Option zur vorübergehenden Reduzierung des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsnehmer hat die Option, zu bestimmten Anlässen gemäß dem Tarif GesundheitVARIO Abschnitt F Nummer 2.1. den Versicherungsschutz der betroffenen versicherten Person vorübergehend (maximal drei Jahre) zu reduzieren und zu einem späteren Zeitpunkt ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in einen höheren Versicherungsschutz zurückzukehren. Hierzu hat er das Recht, bei folgenden Anlässen den Tarif VARIO AmbulantPlus vorübergehend in Form einer Anwartschaft fortzusetzen:

###### **9.1. Anlässe a bis g gemäß Tarif GesundheitVARIO Abschnitt F Nummer 2.1.**

Die Anwartschaft ist innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anlass eingetreten ist, zu beantragen. Der Eintritt des Anlasses ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Die Anwartschaft beginnt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. Die Anwartschaft endet entweder zu dem bei Abschluss der Anwartschaft vereinbarten Zeitpunkt, spätestens jedoch drei Jahre nach Anwartschaftsbeginn automatisch. Der Tarif tritt am darauffolgenden Monatsersten wieder in Kraft.

###### **9.2. Anlässe h bis l gemäß Tarif GesundheitVARIO Abschnitt F Nummer 2.1.**

Die Anwartschaft kann während der Dauer des Anlasses einmalig für denselben Anlass beantragt werden. Der Eintritt des Anlasses ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Die Anpassung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.  
Die Anwartschaft endet entweder zu dem bei Abschluss der Anwartschaft vereinbarten Zeitpunkt (z.B. Ende der Pflegezeit oder Elternzeit), spätestens jedoch drei Jahre nach Anwartschaftsbeginn automatisch. Der Tarif tritt am darauffolgenden Monatsersten wieder in Kraft.

###### **9.3. Besondere Optionen für Eltern eines versicherten Kindes bei Ausbildung oder Studium eines Kindes**

Der Versicherungsnehmer kann die Option bei Ausbildung oder Studium eines versicherten Kindes auch für die im Tarif versicherten Elternteile ausüben.

Sonstiges	
AVB/VV	Tarif
<p><b>§ 8 Beitrag, Fälligkeit und Verzug</b></p> <p><b>(4) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung</b></p> <p>Aus den Überschüssen des Versicherers wird ein festgelegter Teil einer Rückstellung für Beitragsrückerstattung für Versicherte zugeführt. Bei der Verwendung dieser Rückstellung für Beitragsrückerstattung für die Versicherten legt der Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders fest,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- welche Tarife und Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe.</li> <li>- ob die Beiträge als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung oder Milderung einer Beitragserhöhung oder zur Leistungserhöhung verwendet werden.</li> </ul> <p>Die Beitragsrückerstattung durch Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für jede Person eines berechtigten Tarifs oder einer berechtigten Tarifkombination, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Tarif für das ganze Kalenderjahr mit voller Beitragspflicht bestanden hat und am 30. Juni des Folgejahres noch besteht. Das letzte Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person im Folgejahr wegen Todes, der Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung, der Kündigung wegen Eintritts der Versicherungspflicht oder auf Grund eines Tarifwechsels in einen andern Vollversicherungstarif des Versicherers aus dem Tarif ausgeschieden ist und</li> <li>- im ganzen Kalenderjahr aus dem Tarif keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind. Tariflich kann vereinbart werden, dass einzelne Leistungen (z.B. Präventions- und Prophylaxeleistungen) für die BRE unschädlich sind und</li> <li>- die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Kalenderjahr vollständig entrichtet wurden.</li> </ul> <p>Die Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des darauffolgenden Jahres ausgezahlt oder verrechnet. Es bedarf hierzu keines Antrages. Werden nach Auszahlung oder Verrechnung der Beitragsrückerstattung Leistungen aus dem abgelaufenen Kalenderjahr geltend gemacht, können diese mit der geleisteten Beitragsrückerstattung verrechnet werden.</p>	<p><b>Tarif GesundheitVARIO</b></p> <p><b>A. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p><b>3. Vorsorgeuntersuchungen</b></p> <p>Der Versicherer erstattet die Kosten für gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die in den gesetzlichen Programmen vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewendet.</p> <p>Darüber hinaus übernehmen wir die Kosten für weitere gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen. Im Anhang sind die entsprechenden Untersuchungen namentlich und mit GOÄ-Nummern abschließend genannt.</p> <p>Der tarifliche Selbstbehalt nach Abschnitt II.G wird für die beschriebenen Vorsorgeuntersuchungen nicht angerechnet. Der Anspruch auf eine mögliche erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (siehe § 8 Abs. 4 AVB/VV) wird durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht verwirkt.</p> <p><b>G. Selbstbehalt</b></p> <p>Von den Versicherungsleistungen für ambulante Heilbehandlung (Abschnitt A) wird pro Person und pro Kalenderjahr ein Selbstbehalt von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 % bis max. 400 Euro im Tarif GesundheitVARIO 400</li> <li>- 800 Euro im Tarif GesundheitVARIO 800</li> <li>- 1.600 Euro im Tarif GesundheitVARIO 1600</li> </ul> <p>abgezogen.</p> <p>Kinder und Jugendliche haben jeweils den halben Selbstbehalt, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 % bis max. 200 Euro im Tarif GesundheitVARIO 400</li> <li>- 400 Euro im Tarif GesundheitVARIO 800</li> <li>- 800 Euro im Tarif GesundheitVARIO 1600</li> </ul> <p>Zum 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr erreicht, gilt der Selbstbehalt für Erwachsene. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Jahres, verringert sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.</p> <p>Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung des Selbstbehaltes vereinbart, wird pro Monat ein Zwölftel des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen jährlichen Selbstbehaltes zugrunde gelegt. Endet die Versicherung während eines Jahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.</p> <p>Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen nach den im anhängenden Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen aufgezählten Ziffern der GOÄ, sowie Schutzimpfungen nach Abschnitt II.A Nummer 8 werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.</p> <p><b>Tarif GesundheitVARIO; Tarif VARIO AmbulantPlus, Tarif VARIO KlinikPlus, Tarif VARIO ZahnPlus</b></p> <p><b>Besondere Bedingungen „A“ für Personen in Berufsausbildung</b></p> <p><b>1. Versicherungsfähigkeit</b></p> <p>Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif GesundheitVARIO vereinbart werden. Versicherungsfähig sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben</li> <li>b) nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner der nach a) versicherten Personen</li> <li>c) nach Beendigung der Ausbildung vorübergehend arbeitslose Personen, die beim Versicherer bereits bisher nach Besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung versichert waren.</li> </ul> <p>Die Besonderen Bedingungen können ab Beginn des Kalenderjahres vereinbart werden, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.</p> <p>Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.</p> <p>Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich mitzuteilen.</p> <p><b>2. Ende der Besonderen Bedingungen</b></p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für:</p> <p>Personen nach Buchstabe</p> <p>a):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung</li> <li>- wenn die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das Studium um mehr als sechs Monate unterbrochen wird</li> <li>- zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres. Personen nach Buchstabe</li> </ul> <p>b):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit der Aufnahme einer Berufstätigkeit</li> <li>- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners</li> <li>- zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres. Personen nach Buchstabe</li> </ul> <p>c):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit Beendigung der Arbeitslosigkeit</li> <li>- nach maximal achtzehn Monaten</li> <li>- zum Ende des Monats der Vollendung des 39. Lebensjahres.</li> </ul> <p>Bei Entfallen der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung im Tarif GesundheitVARIO weitergeführt. Der Beitrag in diesem Tarif richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.</p>

[Index](#)