Versicherungsbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung

Stand: 01.04.2023

Continentale Krankenversicherung a.G.
Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit
Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
www.continentale.de

Inhalt:

		Seite
1.	Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil I: Rahmenbedingungen)	3
2.	Tarife mit Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)	8
3.	Besondere Bedingungen	28
4.	Anhang mit Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren und Gesetzesauszügen	29
5.	Satzung	36
6.	Informationen zum Versicherungsvertrag, Widerrufsbelehrung	40
7.	Datenschutzhinweise	43
8.	Schweigepflichtentbindungserklärung	50
9.	Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, die Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg	51

Inhaltsverzeichnis

	Kurzbeschreibung	Seite
RB/BKV 2020	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung (RB/BKV 2020)	3
Tarif Choose Max	Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Choose Max für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen	8
Tarif Choose More	Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Choose More für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen	11
Tarif Choose	Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Choose für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen	14
Tarif Save More	Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Save More für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen	16
Tarif Save	Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Save für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen	18
Tarif Save U	Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Save U für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen	20
Tarif Smile More	Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Smile More für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen	23
Tarif Smile	Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Smile für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen	26
Besondere Bedingungen BF	Besondere Bedingungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung für die Beitragsbefreiung während entgeltfreier Zeiten (BF)	28
Anhang	Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren und Gesetzesauszüge aus dem SGB V und VVG	29
Satzung der Continentale Krankenversicherung a.G.		36
Informationen zum Versicherungsvertrag, Widerrufsbelehrung		40
Datenschutzhinweise	Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Datenschutzhinweise	43
Schweigepflichtentbindungserklärung	Einwilligungserklärung arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung (Schweigepflichtentbindungserklärung und Datenschutzhinweise)	50
Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, die Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg		51

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung

Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2020 (RB/BKV 2020)

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) enthalten allgemeine Bestimmungen (Teil I: RB/BKV 2020) sowie Regelungen zu den Leistungen des Versicherers nach dem jeweils vereinbarten Tarif (Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen) zu einem vom Versicherungsnehmer mit der Continentale Krankenversicherung a.G. (nachfolgend Versicherer genannt) vereinbarten Kollektivversicherungsvertrag. Die AVB gelten für jedes auf Grundlage des vorgenannten Kollektivversicherungsvertrages zustande gekommene Versicherungsverhältnis einer jeden versicherten Person.

Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber.

Versicherte Person ist der nach dem jeweils vereinbarten Tarif versicherte Mitarbeiter.

Soweit die Kenntnis oder das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, sind für das jeweilige Versicherungsverhältnis auch die Kenntnis und das Verhalten der jeweiligen versicherten Person zu berücksichtigen. Die Kenntnis und das Verhalten der jeweiligen versicherten Person werden dem des Versicherungsnehmers insoweit gleichgestellt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere in den AVB genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

a) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsausweis, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den AVB (Teil I: RB/BKV 2020, Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Darüber hinaus besteht für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

Der Versicherer bleibt für Leistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen und außereuropäischen Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte, sofern in dem jeweils vereinbarten Tarif keine abweichenden Regelungen vereinbart sind.

(6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in das europäische Ausland, setzt sich das Versicherungsverhältnis in der Weise fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte, sofern in dem jeweils vereinbarten Tarif keine abweichenden Regelungen vereinbart sind.

(7) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Personenkreis

Die Versicherungsfähigkeit ergibt sich aus dem jeweils vereinbarten Tarif.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes und Definition des Versicherungsjahres

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit der Anmeldung der zu versichernden Person durch den Versicherungsnehmer zum Kollektivversicherungsvertrag, jedoch nicht vor dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor Abschluss des Kollektivversicherungsvertrages. Sofern in dem jeweils vereinbarten Tarif keine abweichenden Regelungen vereinbart sind, erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, soweit die Behandlungen nach Versicherungsbeginn durchgeführt werden.

(2) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Versicherungsverhältnisses rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an und endet am 31. Dezember desselben Jahres. Von da an entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr.

§ 4 Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten nach § 197 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang), sofern in dem jeweils vereinbarten Tarif keine abweichenden Regelungen vereinbart sind.

§ 5 Anspruch auf Versicherungsleistungen

Der Anspruch auf Versicherungsleistungen steht der versicherten Person zu.

§ 6 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem jeweils vereinbarten Tarif.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V (siehe Anhang) tätig sind. Zudem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsy-

chotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen in Anspruch genommen werden, sofern in dem jeweils vereinbarten Tarif keine abweichenden Regelungen vereinbart sind.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Apotheke gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die Versicherungsleistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,– Euro überschreiten werden, kann die versicherte Person in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für

a) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

   Als Kriegsereignisse gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land bzw. für die Region eines Landes vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen;

b) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung der versicherten Person über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Dies gilt auch für Behandlungen in einem MVZ, in einer Krankenhaus- bzw. Notfallambulanz oder Hochschulambulanz, in Bereitschaftspraxen sowie in einer psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz;

d) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern in dem jeweils vereinbarten Tarif keine abweichenden Regelungen vereinbart sind;

e) ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) Behandlungen durch Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

g) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer, unabhängig von Ansprüchen der versicherten Person auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Ansprüche gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Die entstandenen Aufwendungen sind durch Rechnungsbelege (inklusive eines eventuellen Vorleistungsvermerkes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der privaten Krankenversicherung (PKV) bzw. anderer gegebenenfalls vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter) nachzuweisen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise und Leistungsunterlagen erbracht sind. Diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer behält sich vor, zur Prüfung der Leistungspflicht weitere erforderliche Nachweise und Leistungsunterlagen (z. B. die Originalrechnung) zu verlangen.

(2) Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

Bei Kosten, die während eines Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Kosten für zahnärztliche Leistungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen.

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

(4) Der Versicherer leistet gegen Vorlage der erforderlichen Nachweise direkt an die versicherte Person, die einen unmittelbaren Leistungsanspruch hat.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

(6) Die Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen der versicherten Person besondere Überweisungsformen wählt, sowie die Kosten für notwendige Übersetzungen, können von den Versicherungsleistungen abgezogen werden.

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

(8) Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen erbracht bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

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

Rechte und Pflichten

§ 10 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres vom Versicherungsnehmer an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsausweises zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsausweis ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

(3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

§ 10a Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

§ 10b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Um eine dauerhafte Erfüllbarkeit des Versicherungsschutzes zu gewährleisten, vergleicht der Versicherer dementsprechend zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 % − sofern nicht in dem jeweils vereinbarten Tarif ein geringerer Prozentsatz vorgesehen ist −, werden die Beiträge des Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 11 Obliegenheiten

(1) Krankenhausbehandlungen, die nicht in der Bundesrepublik Deutschland stattfinden, sind dem Versicherer binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

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

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

§ 13 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat die versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Kollektivversicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Die versicherte Person hat ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt die versicherte Person vorsätzlich die in den Abs. 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht der versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Kollektivversicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 14 Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung sind in der Satzung geregelt.

§ 15 Ruhen des Versicherungsverhältnisses

(1) Ruhen während entgeltfreier Zeiten

Auf Antrag des Versicherungsnehmers erfolgt das Ruhen des Versicherungsverhältnisses für Zeiten, in denen die versicherte Person infolge der nachfolgend genannten Gründe kein Arbeitsentgelt bekommt:

- Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall,
- Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG),
- Pflege eines nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder
- vorübergehende Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung aus einem anderen Grund (z. B. „Sabbatical“).

Für die Zeit des Ruhens während entgeltfreier Zeiten

- werden vom Versicherungsnehmer keine Beiträge gezahlt und
- die versicherte Person hat keinen Anspruch auf Leistungen nach dem jeweils vereinbarten Tarif,

es sei denn, die versicherte Person zahlt die Beiträge während entgeltfreier Zeiten selbst.

(2) Beginn, Dauer und Ende des Ruhens des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis nach dem jeweils vereinbarten Tarif ruht je Grund der entgeltfreien Zeit nach Abs. 1 für maximal 36 Monate. Der Grund für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt anzuzeigen und nachzuweisen.

Beginnt die entgeltfreie Zeit an einem Monatsersten, beginnt das Ruhen des Versicherungsverhältnisses an diesem Tag. Andernfalls beginnt das Ruhen des Versicherungsverhältnisses zum Ersten des nachfolgenden Monats.

Erfolgt die Anzeige abweichend von Satz 2 zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt das Ruhen zum nächsten Monatsersten, der auf die Anzeige folgt.

Das Ruhen endet zum Ende des Monats, in dem die entgeltfreie Zeit endet, spätestens zum Ablauf der in Satz 1 genannten Frist. Das Ende der entgeltfreien Zeit ist unverzüglich mitzuteilen.

(3) Fortsetzung nach dem Ruhen des Versicherungsverhältnisses

Mit dem Ende des Ruhens wird das Versicherungsverhältnis nach dem jeweils vereinbarten Tarif fortgesetzt. Es gelten die dann gültigen AVB.

Zum Zeitpunkt der Fortsetzung des jeweils vereinbarten Tarifs ist der dann gültige Beitrag zu zahlen.

Tritt der Versicherungsfall während des Ruhens des Versicherungsverhältnisses nach dem jeweils vereinbarten Tarif ein, ist der Versicherer zur Kostenerstattung der Leistungen, die ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem jeweils vereinbarten Tarif erbracht werden, verpflichtet.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 16 Vertragsdauer

Der Kollektivversicherungsvertrag wird zunächst für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres in Textform gekündigt wird.

§ 17 Kündigungsrechte des Versicherers

(1) Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist bezogen auf das einzelne Versicherungsverhältnis ausgeschlossen.

(2) Zur ordentlichen Kündigung des Kollektivversicherungsvertrages ist der Versicherer nach § 206 Abs. 4 VVG (siehe Anhang) berechtigt.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben, auch bezogen auf einzelne Versicherungsverhältnisse, unberührt.

§ 18 Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers

(1) Sofern sich in dem jeweils vereinbarten Tarif die Beitragsberechnung mitunter nach Altersgruppen richtet und sich der Beitrag bei Erreichen einer anderen Altersgruppe erhöht, kann der Versicherungsnehmer das insoweit betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach der Änderung des Beitrages zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (vgl. § 10b Abs. 1) oder vermindert er seine Leistungen nach § 23 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das insoweit betroffene Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das insoweit betroffene Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 19 Ende des Versicherungsverhältnisses

(1) Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person

- mit Beendigung des Kollektivversicherungsvertrages;
- zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach dem jeweils vereinbarten Tarif entfallen;
- mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person außerhalb von Europa;
- mit Bezug einer Altersrente der versicherten Person;
- zum Ende des Jahres, in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet;
- mit dem Tod der versicherten Person.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte Person ferner noch mit der Abmeldung vom Kollektivversicherungsvertrag durch den Versicherungsnehmer. Dieser kann eine einzelne versicherte Person aus besonderem Grund auch bei Vorliegen der Versicherungsfähigkeit nach dem jeweils vereinbarten Tarif unter Wahrung des arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatzes zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat aus dem Versicherungsverhältnis abmelden.

§ 20 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis nach den §§ 16 bis 19, kann die versicherte Person im unmittelbaren Anschluss daran das Versicherungsverhältnis zu den Bedingungen der Einzelversicherung, sofern für diese Person Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen.

Die Erklärung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist gegenüber dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt, in Textform abzugeben.

(2) Das Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses besteht nicht, wenn der Kündigungs- oder Beendigungsgrund im Verhalten der versicherten Person liegt und dem Versicherer die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dieser versicherten Person unzumutbar ist.

Sonstige Bestimmungen

§ 21 Willenserklärungen und Anzeigen

(1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

(2) Der Schriftwechsel zu Fragen, die Rechte oder Pflichten des Versicherungsnehmers aus dem Kollektivversicherungsvertrag insgesamt und aus sämtlichen Versicherungsverhältnissen betreffen, wird zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer geführt. Erklärungen des Versicherers werden mit Zugang beim Versicherungsnehmer auch gegenüber der versicherten Person wirksam.

(3) Der Schriftwechsel zu Fragen, die ausschließlich Rechte und Pflichten der versicherten Person aus dem einzelnen Versicherungsverhältnis betreffen, wird ausschließlich zwischen der versicherten Person und dem Versicherer geführt. Erklärungen des Versicherers werden mit dem Zugang bei der versicherten Person wirksam.

(4) Schriftwechsel und Leistungsansprüche sind unter Angabe der Versicherungsnummer an den Versicherer zu richten.

§ 22 Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Kollektivversicherungsvertrag können gegen den Versicherer

- bei dem für den Sitz des Versicherers oder
- bei dem für den Wohnsitz – in Ermangelung eines solchen bei dem für den gewöhnlichen Aufenthaltsort – oder bei dem für den Geschäftssitz (ggf. für die Niederlassung) des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person zum Zeitpunkt der Klageerhebung örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

(2) Ansprüche gegen den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person können ausschließlich an dem für den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort oder an dem geltenden Geschäftssitz (ggf. der Niederlassung) des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person zum Zeitpunkt der Klageerhebung örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nach Abschluss des Kollektivversicherungsvertrages seinen / ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort oder seinen Geschäftssitz (ggf. seine Niederlassung) in ein anderes Land oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort oder Geschäftssitz (ggf. die Niederlassung) des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das für den Sitz des Versicherers örtlich zuständige Gericht zuständig.

(4) Im Übrigen gelten § 215 VVG (siehe Anhang) und die Vorschriften der Zivilprozessordnung.

§ 23 Änderungen der AVB

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die AVB und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer und versicherten Personen erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

Tarif Choose Max

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Choose Max für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Kollektivversicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2020 (RB/BKV 2020) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die

– in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben

oder

– bei einer in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten Krankenversicherung mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Krankheitskostenvollversicherungsschutz (PKV) versichert sind

und

– Mitarbeiter des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber des Mitarbeiters) sind.

B) Leistungen des Versicherers

Die Leistungen des Versicherers nach diesem Tarif ergänzen die Leistungen der GKV sowie der PKV.

Die Gesamterstattung darf zusammen mit der Vorleistung aus GKV, PKV oder von anderen Erstattungsverpflichteten die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Abweichend von § 1 Abs. 5 Satz 4 und Abs. 6 RB/BKV 2020 sind während eines Aufenthaltes im europäischen oder eines vorübergehenden, auf die ersten drei Monate beschränkten Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland auch ohne Anwendung der deutschen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern diese Kosten dort ortsüblich sind.

I. Leistungshöhe

Je versicherte Person und Kalenderjahr gilt eine vereinbarte Leistungshöhe für die nachfolgend unter Abschnitt B II bis IV aufgeführten Leistungen unabhängig von der Anzahl der Versicherungsfälle von insgesamt

400,– Euro in Tarifstufe Choose Max400;

800,– Euro in Tarifstufe Choose Max800;

1.200,– Euro in Tarifstufe Choose Max1200;

1.600,– Euro in Tarifstufe Choose Max1600.

Beginnt das Versicherungsverhältnis nicht am 1. Januar oder endet es vor dem 31. Dezember eines Jahres, gilt die für dieses Kalenderjahr maßgebliche Leistungshöhe in vollem Umfang.

II. Kosten ambulanter Heilbehandlung

1. Naturheilverfahren

Erstattet werden die Kosten für durch Ärzte und Heilpraktiker angewendete Naturheilverfahren bis zu 100 %.

Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Zu Naturheilverfahren gehören auch Chiropraktik und Osteopathie.

Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstsätzen des GebüH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen.

2. Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden die Kosten für von einem Arzt oder im Rahmen von Heilpraktikerbehandlungen verordnete Arznei- und Verbandmittel, einschließlich der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), bis zu 100 %.

3. Heilmittel

Erstattet werden die Kosten für Heilmittel, einschließlich der Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), bis zu 100 %.

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten).

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für ärztlich verordnetes Kinesiotaping bis zu 100 %, soweit diese Anwendung von Ärzten, Heilpraktikern oder Physiotherapeuten durchgeführt wird.

4. Hilfsmittel

Erstattet werden die Kosten für von einem Arzt verordnete Hilfsmittel einschließlich Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch, einschließlich der Zuzahlungen nach § 33 Abs. 8 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), bis zu 100 %.

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Hierzu zählen auch lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Beatmungsgeräte), die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher).

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

– Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen),

– Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind,

– Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

5. Sehhilfen

Erstattet werden die Kosten für Sehhilfen bis zu 100 %. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Dazu zählen auch jeweils Bildschirmarbeitsplatzbrillen und Sonnenbrillen mit Dioptrien.

6. Refraktive Chirurgie

Erstattet werden die Kosten für refraktive Chirurgie bis zu 100 %.

Als refraktive Chirurgie gelten augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit einschließlich der notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen.

Erstattungsfähig sind die Kosten nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

7. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für ambulante ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, die zur Früherkennung von Krankheiten und gesundheitlichen Risiken geeignet sind oder im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge erfolgen.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

8. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standard-, Indikations- bzw. Reiseschutzimpfung empfohlen werden.

Darüber hinaus wird die Malaria-Prophylaxe erstattet.

Erstattungsfähig sind die Kosten der ärztlichen Impfleistung einschließlich der Impfberatung nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

III. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationären Krankenhausaufenthalt

Gezahlt wird eine Leistungspauschale von 150,– Euro je stationären Krankenhausaufenthalt. Der stationäre Krankenhausaufenthalt muss mindestens fünf aufeinanderfolgende vollstationäre Tage umfassen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär. Entscheidend für die Zurechnung der Kosten je Kalenderjahr ist der fünfte Tag eines jeden vollstationären Krankenhausaufenthaltes.

2. Leistungspauschale bei stationären Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Gezahlt wird eine Leistungspauschale von 150,– Euro je stationärer Anschlussrehabilitationsmaßnahme, soweit

- dieser eine vollstationäre Akutbehandlung im Krankenhaus im Sinne des § 1 Abs. 3 RB/BKV 2020 vorausgegangen ist und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

3. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) und
- ärztlich verordnete Fahrten mit einem Taxi

zu und von einem nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus in Zusammenhang mit einem vollstationären Aufenthalt.

Hierzu gehören auch die mit diesen Krankentransporten im Zusammenhang stehenden Zuzahlungen nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang).

IV. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR), Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen

In Erweiterung zu § 1 Abs. 3 RB/BKV 2020 gelten auch zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen als Versicherungsfall.

Erstattet werden die Kosten für zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen bis zu 100 %.

Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) sind erstattungsfähig, wenn sie in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden und zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

2. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Erstattet werden die Kosten bis zu 100 % für

- Wurzelkanalbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen,
- Füllungen,
- Zahnersatz (unter anderem für Brücken, Kronen, Inlays, Onlays, Stiftzähne und orale Implantate),
- augmentative Behandlungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen (außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung) sowie
- Funktionsdiagnostik, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Versorgung mit Zahnersatz bzw. Aufbissbehelfen und Schienen erfolgt,

einschließlich der für die jeweilige Maßnahme notwendigen Aufwendungen für Material- und Laborkosten sowie Anästhesie- und Röntgenleistungen.

3. Kieferorthopädie

Erstattet werden die Kosten für Kieferorthopädie, sofern ausschließlich ein nach Versicherungsbeginn nach diesem Tarif eingetretener Unfall für den Versicherungsfall ursächlich ist, bis zu 100 % für

- kieferorthopädische Leistungen, wenn die GKV oder PKV für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung keine Leistungen erbringt oder
- zusätzliche kieferorthopädische Leistungen, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder PKV besteht – vorausgesetzt, dass diese in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, für die die GKV oder PKV nachweislich Leistungen erbringt.

4. Besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen

Erstattet werden die Kosten für besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen bis zu 100 %.

Als Kosten für besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gelten Gebühren für Aufwendungen zur Schmerzausschaltung und Linderung der Angstzustände, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer tariflichen Leistung nach Abschnitt B IV entstehen. Dazu zählen

– Analgo-Sedierung,
– Vollnarkose,
– Lachgas-Sedierung,
– Akupunktur sowie
– Hypnose.

Erstattungsfähig sind die Kosten nach Nr. 1 bis 4 nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

V. Erhöhung der vereinbarten Leistungshöhe

1. Erhöhung bei Leistungsfreiheit

Die vereinbarte Leistungshöhe nach Abschnitt B I erhöht sich nach der nachfolgenden Tabelle, wenn für die versicherte Person

– das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif ein jeweils volles Kalenderjahr bestand,
– das Versicherungsverhältnis zu keinem Zeitpunkt innerhalb des Kalenderjahres ruhte und
– keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Kalenderjahr beantragt wurden.

Je nach vereinbarter Tarifstufe und der Anzahl der aufeinanderfolgenden Kalenderjahre – für das die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt werden – gilt für die versicherte Person ab dem 1. Januar des Folgejahres die nachfolgend genannte Leistungshöhe:

Anzahl der Kalenderjahre	Tarifstufe Choose Max400	Tarifstufe Choose Max800	Tarifstufe Choose Max1200	Tarifstufe Choose Max1600
0	400,– Euro	800,– Euro	1.200,– Euro	1.600,– Euro
1	440,– Euro	880,– Euro	1.320,– Euro	1.760,– Euro
2	480,– Euro	960,– Euro	1.440,– Euro	1.920,– Euro
3	520,– Euro	1.040,– Euro	1.560,– Euro	2.080,– Euro
4	560,– Euro	1.120,– Euro	1.680,– Euro	2.240,– Euro
ab dem 5. Kalenderjahr	600,– Euro	1.200,– Euro	1.800,– Euro	2.400,– Euro

Für das Kalenderjahr, das auf das Kalenderjahr folgt, für das Versicherungsleistungen nach Abschnitt B II bis IV beantragt wurden, verringert sich die Leistungshöhe auf die ursprünglich für die vereinbarte Tarifstufe vorgesehene Höhe (vgl. Abschnitt B I).

Das Ruhen des Versicherungsverhältnisses hat keine Auswirkungen auf die bis zum Ruhen des Versicherungsverhältnisses gültige Leistungshöhe. Die Leistungshöhe, die vor dem Ruhen des Versicherungsverhältnisses für die versicherte Person galt, gilt auch für die Zeit unmittelbar nach Beendigung des Ruhens des Versicherungsverhältnisses.

2. Erhöhung infolge eines Arbeitsunfalls

Erleidet die versicherte Person nach dem Versicherungsbeginn einen Arbeitsunfall, der vollstationär behandelt werden muss, erhöht sich die vereinbarte Leistungshöhe nach Abschnitt B I um einen zusätzlichen Betrag („Zusatzleistung Arbeitsunfall“) in Höhe von

– 400,– Euro in Tarifstufe Choose Max400,
– 800,– Euro in Tarifstufe Choose Max800,
– 1.200,– Euro in Tarifstufe Choose Max1200 oder
– 1.600,– Euro in Tarifstufe Choose Max1600.

Dieser zusätzliche Betrag steht dieser Person jeweils im laufenden und dem darauffolgenden Kalenderjahr zur Verfügung. Leistungen während dieses Zeitraums werden zuerst auf die „Zusatzleistung Arbeitsunfall“ angerechnet. Danach erfolgt die Erstattung entsprechend der vereinbarten Leistungshöhe nach Abschnitt B I i. V. m. B V 1.

Leistungen aus der „Zusatzleistung Arbeitsunfall“ werden nicht als solche Versicherungsleistungen gewertet, die eine Leistungsfreiheit nach Abschnitt B V 1 verwirken.

Als Arbeitsunfall gilt ein Unfall, den die gesetzliche Unfallversicherung oder die jeweils zuständige Berufsgenossenschaft als Arbeitsunfall anerkannt hat.

Für die Bestimmung des laufenden Kalenderjahres ist der Tag der Anerkennung des Arbeitsunfalls maßgeblich. Dieser ist durch entsprechende Unterlagen der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der Berufsgenossenschaft (z. B. Anerkennungsbescheid) nachzuweisen.

Ein erneuter Anspruch auf die „Zusatzleistung Arbeitsunfall“ aufgrund eines weiteren Arbeitsunfalls entsteht, wenn der Tag der Anerkennung des weiteren Arbeitsunfalles nach Ablauf des in Satz 2 beschriebenen Zeitraums fällt.

VI. Wechsel der Tarifstufe

Der Wechsel der Tarifstufe ist jeweils zum 1. Januar eines jeden Jahres möglich. Bei einem Wechsel der Tarifstufe werden leistungsfreie Kalenderjahre entsprechend übernommen.

C) Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Der Beitrag richtet sich nach der vereinbarten Tarifstufe.

D) Fortsetzungsrecht

Abweichend von § 20 Abs. 1 Satz 1 RB/BKV 2020 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach den Tarifen Choose Max-E, Choose More-E oder Choose-E zu beantragen. Die Fortsetzung kann nur beantragt werden, wenn der gewöhnliche Aufenthalt und der Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland ist. Die übrigen Bestimmungen des § 20 RB/BKV 2020 bleiben unberührt.

Tarif Choose More

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Choose More für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Kollektivversicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2020 (RB/BKV 2020) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die

– in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben

oder

– bei einer in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten Krankenversicherung mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Krankheitskostenvollversicherungsschutz (PKV) versichert sind

und

– Mitarbeiter des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber des Mitarbeiters) sind.

B) Leistungen des Versicherers

Die Leistungen des Versicherers nach diesem Tarif ergänzen die Leistungen der GKV sowie der PKV.

Die Gesamterstattung darf zusammen mit der Vorleistung aus GKV, PKV oder von anderen Erstattungsverpflichteten die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Abweichend von § 1 Abs. 5 Satz 4 und Abs. 6 RB/BKV 2020 sind während eines Aufenthaltes im europäischen oder eines vorübergehenden, auf die ersten drei Monate beschränkten Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland auch ohne Anwendung der deutschen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern diese Kosten dort ortsüblich sind.

I. Leistungshöhe

Je versicherte Person und Kalenderjahr gilt eine vereinbarte Leistungshöhe für die nachfolgend unter Abschnitt B II bis IV aufgeführten Leistungen unabhängig von der Anzahl der Versicherungsfälle von insgesamt

400,– Euro in Tarifstufe Choose More400;

800,– Euro in Tarifstufe Choose More800;

1.200,– Euro in Tarifstufe Choose More1200;

1.600,– Euro in Tarifstufe Choose More1600.

Beginnt das Versicherungsverhältnis nicht am 1. Januar oder endet es vor dem 31. Dezember eines Jahres, gilt die für dieses Kalenderjahr maßgebliche Leistungshöhe in vollem Umfang.

II. Kosten ambulanter Heilbehandlung

1. Naturheilverfahren

Erstattet werden die Kosten für durch Ärzte und Heilpraktiker angewendete Naturheilverfahren bis zu 100 %.

Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Zu Naturheilverfahren gehören auch Chiropraktik und Osteopathie.

Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstsätzen des GebüH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen.

2. Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden die Kosten für von einem Arzt oder im Rahmen von Heilpraktikerbehandlungen verordnete Arznei- und Verbandmittel, einschließlich der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), bis zu 100 %.

3. Heilmittel

Erstattet werden die Kosten für Heilmittel, einschließlich der Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), bis zu 100 %.

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten).

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für ärztlich verordnetes Kinesiotaping bis zu 100 %, insgesamt jedoch nicht mehr als bis zu 250,– Euro je Kalenderjahr, soweit diese Anwendung von Ärzten, Heilpraktikern oder Physiotherapeuten durchgeführt wird.

4. Hilfsmittel

Erstattet werden die Kosten für von einem Arzt verordnete Hilfsmittel einschließlich Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch, einschließlich der Zuzahlungen nach § 33 Abs. 8 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), bis zu 100 %.

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Hierzu zählen auch lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. Beatmungsgeräte), die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme sowie die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher).

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

– Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen),

– Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind,

– Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

5. Sehhilfen

Erstattet werden die Kosten für Sehhilfen bis zu 100 %, insgesamt jedoch nicht mehr als bis zu 250,– Euro je Kalenderjahr.
Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Dazu zählen auch jeweils Bildschirmarbeitsplatzbrillen und Sonnenbrillen mit Dioptrien.

6. Refraktive Chirurgie

Erstattet werden die Kosten für refraktive Chirurgie bis zu 100 %.

Als refraktive Chirurgie gelten augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit einschließlich der notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen.

Erstattungsfähig sind die Kosten nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

7. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für ambulante ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, die zur Früherkennung von Krankheiten und gesundheitlichen Risiken geeignet sind oder im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge erfolgen.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

8. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standard-, Indikations- bzw. Reiseschutzimpfung empfohlen werden.

Darüber hinaus wird die Malaria-Prophylaxe erstattet.

Erstattungsfähig sind die Kosten der ärztlichen Impfleistung einschließlich der Impfberatung nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

III. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationären Krankenhausaufenthalt

Gezahlt wird eine Leistungspauschale von 150,– Euro je stationären Krankenhausaufenthalt. Der stationäre Krankenhausaufenthalt muss mindestens fünf aufeinanderfolgende vollstationäre Tage umfassen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär. Entscheidend für die Zurechnung der Kosten je Kalenderjahr ist der fünfte Tag eines jeden vollstationären Krankenhausaufenthaltes.

2. Leistungspauschale bei stationären Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Gezahlt wird eine Leistungspauschale von 150,– Euro je stationärer Anschlussrehabilitationsmaßnahme, soweit

- dieser eine vollstationäre Akutbehandlung im Krankenhaus im Sinne des § 1 Abs. 3 RB/BKV 2020 vorausgegangen ist und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

3. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) und
- ärztlich verordnete Fahrten mit einem Taxi

zu und von einem nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus in Zusammenhang mit einem vollstationären Aufenthalt.

Hierzu gehören auch die mit diesen Krankentransporten im Zusammenhang stehenden Zuzahlungen nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang). Die Erstattung ist auf maximal 250,– Euro je Kalenderjahr begrenzt.

IV. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR), Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen

In Erweiterung zu § 1 Abs. 3 RB/BKV 2020 gelten auch zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen als Versicherungsfall.

Erstattet werden die Kosten für zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen bis zu 100 %, insgesamt jedoch nicht mehr als bis zu 250,– Euro je Kalenderjahr.

Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) sind erstattungsfähig, wenn sie in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden und zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

2. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Erstattet werden die Kosten bis zu 100 % für

- Wurzelkanalbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen,
- Füllungen,
- Zahnersatz (unter anderem für Brücken, Kronen, Inlays, Onlays, Stiftzähne und orale Implantate),
- augmentative Behandlungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen (außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung) sowie
- Funktionsdiagnostik, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Versorgung mit Zahnersatz bzw. Aufbissbehelfen und Schienen erfolgt,

einschließlich der für die jeweilige Maßnahme notwendigen Aufwendungen für Material- und Laborkosten sowie Anästhesie- und Röntgenleistungen.

3. Kieferorthopädie

Erstattet werden die Kosten für Kieferorthopädie, sofern ausschließlich ein nach Versicherungsbeginn nach diesem Tarif eingetretener Unfall für den Versicherungsfall ursächlich ist, bis zu 100 % für

- kieferorthopädische Leistungen, wenn die GKV oder PKV für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung keine Leistungen erbringt oder
- zusätzliche kieferorthopädische Leistungen, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder PKV besteht – vorausgesetzt, dass diese in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, für die die GKV oder PKV nachweislich Leistungen erbringt.

4. Besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen

Erstattet werden die Kosten für besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen bis zu 100 %.

Als Kosten für besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gelten Gebühren für Aufwendungen zur Schmerzausschaltung und Linderung der Angstzustände, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer tariflichen Leistung nach Abschnitt B IV entstehen. Dazu zählen

– Analgo-Sedierung,
– Vollnarkose,
– Lachgas-Sedierung,
– Akupunktur sowie
– Hypnose.

Erstattungsfähig sind die Kosten nach Nr. 1 bis 4 nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

V. Erhöhung der vereinbarten Leistungshöhe

Die vereinbarte Leistungshöhe nach Abschnitt B I erhöht sich nach der nachfolgenden Tabelle, wenn für die versicherte Person

– das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif ein jeweils volles Kalenderjahr bestand,
– das Versicherungsverhältnis zu keinem Zeitpunkt innerhalb des Kalenderjahres ruhte und
– keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Kalenderjahr beantragt wurden.

Je nach vereinbarter Tarifstufe und der Anzahl der aufeinanderfolgenden Kalenderjahre – für das die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt werden – gilt für die versicherte Person ab dem 1. Januar des Folgejahres die nachfolgend genannte Leistungshöhe:

Anzahl der Kalenderjahre	Tarifstufe Choose More400	Tarifstufe Choose More800	Tarifstufe Choose More1200	Tarifstufe Choose More1600
0	400,– Euro	800,– Euro	1.200,– Euro	1.600,– Euro
1	440,– Euro	880,– Euro	1.320,– Euro	1.760,– Euro
2	480,– Euro	960,– Euro	1.440,– Euro	1.920,– Euro
3	520,– Euro	1.040,– Euro	1.560,– Euro	2.080,– Euro
4	560,– Euro	1.120,– Euro	1.680,– Euro	2.240,– Euro
ab dem 5. Kalenderjahr	600,– Euro	1.200,– Euro	1.800,– Euro	2.400,– Euro

Für das Kalenderjahr, das auf das Kalenderjahr folgt, für das Versicherungsleistungen nach Abschnitt B II bis IV beantragt wurden, verringert sich die Leistungshöhe auf die ursprünglich für die vereinbarte Tarifstufe vorgesehene Höhe (vgl. Abschnitt B I).

Das Ruhen des Versicherungsverhältnisses hat keine Auswirkungen auf die bis zum Ruhen des Versicherungsverhältnisses gültige Leistungshöhe. Die Leistungshöhe, die vor dem Ruhen des Versicherungsverhältnisses für die versicherte Person galt, gilt auch für die Zeit unmittelbar nach Beendigung des Ruhens des Versicherungsverhältnisses.

VI. Wechsel der Tarifstufe

Der Wechsel der Tarifstufe ist jeweils zum 1. Januar eines jeden Jahres möglich. Bei einem Wechsel der Tarifstufe werden leistungsfreie Kalenderjahre entsprechend übernommen.

C) Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Der Beitrag richtet sich nach der vereinbarten Tarifstufe.

D) Fortsetzungsrecht

Abweichend von § 20 Abs. 1 Satz 1 RB/BKV 2020 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach den Tarifen Choose More-E oder Choose-E zu beantragen. Die Fortsetzung kann nur beantragt werden, wenn der gewöhnliche Aufenthalt und der Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland ist. Die übrigen Bestimmungen des § 20 RB/BKV 2020 bleiben unberührt.

Tarif Choose

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Choose für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Kollektivversicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2020 (RB/BKV 2020) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die

– in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben oder
– bei einer in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten Krankenversicherung mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Krankheitskostenvollversicherungsschutz (PKV) versichert sind

und

– Mitarbeiter des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber des Mitarbeiters) sind.

B) Leistungen des Versicherers

Die Leistungen des Versicherers nach diesem Tarif ergänzen die Leistungen der GKV sowie der PKV.

Die Gesamterstattung darf zusammen mit der Vorleistung aus GKV, PKV oder von anderen Erstattungsverpflichteten die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Abweichend von § 1 Abs. 5 Satz 4 und Abs. 6 RB/BKV 2020 sind während eines Aufenthaltes im europäischen oder eines vorübergehenden, auf die ersten drei Monate beschränkten Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland auch ohne Anwendung der deutschen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern diese Kosten dort ortsüblich sind.

I. Leistungshöhe

Je versicherte Person und Kalenderjahr gilt eine vereinbarte Leistungshöhe für die nachfolgend unter Abschnitt B II bis IV aufgeführten Leistungen unabhängig von der Anzahl der Versicherungsfälle von insgesamt

400,– Euro in Tarifstufe Choose400;

800,– Euro in Tarifstufe Choose800;

1.200,– Euro in Tarifstufe Choose1200.

Beginnt das Versicherungsverhältnis nicht am 1. Januar, verringert sich die vereinbarte Leistungshöhe für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem das Versicherungsverhältnis nicht bestand. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

II. Kosten ambulanter Heilbehandlung

1. Heilpraktikerleistungen

a) Erstattungsfähig sind die Kosten für Heilpraktikerleistungen bis zu 100 %. Diese umfassen sämtliche Leistungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH). Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstsätzen des GebüH.

b) Erstattungsfähig sind die Kosten für alle im Rahmen von Heilpraktikerleistungen verordneten Arznei- und Verbandmittel bis zu 100 %.

2. Sehhilfen und refraktive Chirurgie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Sehhilfen und refraktive Chirurgie bis zu 100 % insgesamt jedoch nicht mehr als bis zu 200,– Euro je Leistungsperiode.

Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Dazu zählen auch jeweils Bildschirmarbeitsplatzbrillen und Sonnenbrillen mit Dioptrien.

Als refraktive Chirurgie gelten augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit einschließlich der notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen.

Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

3. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für die nachfolgend aufgeführten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen bis zu 100 %:

– Augeninnendruckmessung, Augenhintergrundspiegelung sowie Optische Kohärenztomographie (OCT) zur Augenvorsorge / Glaukomfrüherkennung;
– Videogestützte Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung einschließlich Dermatoskopie;
– Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens („PSA-Test“);
– Gynäkologische Ultraschalluntersuchungen;
– EKG einschließlich Belastungs- und Langzeit-EKG.

Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

III. Kosten stationärer Heilbehandlung

Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationären Krankenhausaufenthalt

Gezahlt wird eine Leistungspauschale von 150,– Euro je stationären Krankenhausaufenthalt. Der stationäre Krankenhausaufenthalt muss mindestens fünf aufeinanderfolgende vollstationäre Tage umfassen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

Entscheidend für die Zurechnung der Kosten je Kalenderjahr ist der fünfte Tag eines jeden vollstationären Krankenhausaufenthaltes.

IV. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Professionelle Zahnreinigung

Erstattungsfähig sind die Kosten für Maßnahmen zur professionellen Zahnreinigung bis zu 100 % insgesamt jedoch nicht mehr als bis zu 75,– Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person.

2. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu 100 % für

- Wurzelkanalbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen,
- Füllungen,
- Zahnersatz (unter anderem für Brücken, Kronen, Inlays, Onlays, Stiftzähne und orale Implantate),
- augmentative Behandlungen sowie
- Funktionsdiagnostik, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Versorgung mit Zahnersatz erfolgt.

Erstattungsfähig sind die Kosten nach Nr. 1 und 2 bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ).

V. Erhöhung der vereinbarten Leistungshöhe

Die vereinbarte Leistungshöhe nach Abschnitt B I erhöht sich nach der nachfolgenden Tabelle, wenn für die versicherte Person

- das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif ein jeweils volles Kalenderjahr bestand,
- das Versicherungsverhältnis zu keinem Zeitpunkt innerhalb des Kalenderjahres ruhte und
- keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Kalenderjahr beantragt wurden.

Je nach vereinbarter Tarifstufe und der Anzahl der aufeinanderfolgenden Kalenderjahre – für das die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt werden – gilt für die versicherte Person ab dem 1. Januar des Folgejahres die nachfolgend genannte Leistungshöhe:

Anzahl der Kalenderjahre	Tarifstufe Choose400	Tarifstufe Choose800	Tarifstufe Choose1200
0	400,– Euro	800,– Euro	1.200,– Euro
1	440,– Euro	880,– Euro	1.320,– Euro
2	480,– Euro	960,– Euro	1.440,– Euro
3	520,– Euro	1.040,– Euro	1.560,– Euro
4	560,– Euro	1.120,– Euro	1.680,– Euro
ab dem 5. Kalenderjahr	600,– Euro	1.200,– Euro	1.800,– Euro

Für das Kalenderjahr, das auf das Kalenderjahr folgt, für das Versicherungsleistungen nach Abschnitt B II bis IV beantragt wurden, verringert sich die Leistungshöhe auf die ursprünglich für die vereinbarte Tarifstufe vorgesehene Höhe (vgl. Abschnitt B I).

Das Ruhen des Versicherungsverhältnisses hat keine Auswirkungen auf die bis zum Ruhen des Versicherungsverhältnisses gültige Leistungshöhe. Die Leistungshöhe, die vor dem Ruhen des Versicherungsverhältnisses für die versicherte Person galt, gilt auch für die Zeit unmittelbar nach Beendigung des Ruhens des Versicherungsverhältnisses.

VI. Wechsel der Tarifstufe

Der Wechsel der Tarifstufe ist jeweils zum 1. Januar eines jeden Jahres möglich. Bei einem Wechsel der Tarifstufe werden leistungsfreie Kalenderjahre entsprechend übernommen.

C) Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Der Beitrag richtet sich nach der vereinbarten Tarifstufe.

D) Fortsetzungsrecht

Abweichend von § 20 Abs. 1 Satz 1 RB/BKV 2020 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach dem Tarif Choose-E zu beantragen. Die Fortsetzung kann nur beantragt werden, wenn der gewöhnliche Aufenthalt und der Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland ist. Die übrigen Bestimmungen des § 20 RB/BKV 2020 bleiben unberührt.

Tarif Save More

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Save More für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Kollektivversicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2020 (RB/BKV 2020) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die

– in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben

oder

– bei einer in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten Krankenversicherung mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Krankheitskostenvollversicherungsschutz (PKV) versichert sind

und

– Mitarbeiter des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber des Mitarbeiters) sind.

3. Beginn des Versicherungsschutzes

Abweichend von § 3 Abs. 1 RB/BKV 2020 kann in Abhängigkeit der Kollektivgröße vereinbart werden, dass

– für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, grundsätzlich nicht geleistet wird,

– einzelne vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene und fortlaufende Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind und

– nach Anmeldung zum Kollektivversicherungsvertrag eingetretene Versicherungsfälle nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Sofern eine solche Vereinbarung getroffen wurde, sind die entsprechenden Informationen dem Versicherungsausweis zu entnehmen.

B) Leistungen des Versicherers

Die Leistungen des Versicherers nach diesem Tarif werden nur in Ergänzung zu Vorleistungen der GKV oder PKV erbracht und nur soweit, wie GKV oder PKV keine entsprechende Leistung schulden. Schulden die GKV oder PKV nachweislich keine Vorleistungen, leistet der Versicherer, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen sind, in vereinbartem Umfang.

Wird eine Leistung der PKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt / eine bestehende Selbstbeteiligung angerechnet, gilt dies als Vorleistung der PKV, die nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig ist. Sofern ein Wahltarif mit Selbstbehalt bei der GKV besteht, gilt der vom GKV-Versicherten zu tragende Selbstbehalt als Vorleistung der GKV. Diese ist ebenfalls nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig.

Die Gesamterstattung darf zusammen mit der Vorleistung aus GKV oder PKV die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

I. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten für

– die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer (einschließlich Unterkunft in einem Familienzimmer bei Entbindung),

– privatärztliche Behandlungen,

– ambulante Operationen im Krankenhaus (einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen),

– Anschlussrehabilitationsmaßnahmen,

– die Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses,

– eine Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in),

– Krankentransporte.

Zudem wird infolge eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes eine Leistungspauschale gezahlt.

Abweichend von § 6 Abs. 5 RB/BKV 2020 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

– es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder

– die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder

– während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

II. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes eine Kostenerstattung für vereinbarte Wahlleistungen (gesondert berechnete Unterkunft / privatärztliche Behandlung) nach diesem Tarif nicht in Anspruch, wird je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein vollstationärer Tag. Die Kostenerstattung des Familienzimmers bei Entbindung nach diesem Tarif wird der Kostenerstattung eines Ein-Bett-Zimmers gleichgestellt.

Keine Kostenerstattung für	Tagessatz
das Ein-Bett-Zimmer	20,– Euro
das Ein- und Zwei-Bett-Zimmer	40,– Euro
die privatärztliche Behandlung	50,– Euro

Handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Abschnitt B III 4 oder werden für die tariflich vereinbarte Unterkunft vom Krankenhaus keine zusätzlichen Entgelte erhoben, entfällt eine Zahlung des Ersatz-Krankenhaustagegeldes.

III. Erläuterungen

1. Gesondert berechnete Unterkunft

Erstattet werden die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer. Bei Entbindung werden auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft in einem Familienzimmer anstelle eines Ein- oder Zwei-Bett-Zimmers bis zur Kostenhöhe für ein Ein-Bett-Zimmer erstattet.

Wird ein Ein-Bett-Zimmer in Anspruch genommen und besteht für nach diesem Tarif versicherte Personen gegenüber anderen Erstattungsverpflichteten ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft in einem Zwei-Bett-Zimmer, wird die Differenz zwischen den

Kosten für die Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer und den Kosten für die Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer erstattet.

Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet werden.

Erstattet werden im zuvor nach Absatz 1 bis 3 dargestellten Rahmen auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt.

2. Privatärztliche Behandlungen

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 115a SGB V (siehe Anhang). Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

3. Ambulante Operationen im Krankenhaus (einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen)

Erstattet werden die Kosten ambulanter privatärztlicher Operationen, die von im Krankenhaus angestellten Ärzten und von Belegärzten im Krankenhaus durchgeführt werden. Die Kosten für in diesem Zusammenhang erforderliche ambulante Vor- und Nachuntersuchungen im Krankenhaus durch die vorgenannten Ärzte werden ebenfalls erstattet. Vor- und Nachuntersuchungen sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der ambulanten Operation erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen GOÄ und GOZ erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2, soweit

- für die vorausgegangene vollstationäre Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

5. Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses

Erstattet werden GKV-Versicherten die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

6. Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in)

Erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung einer notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn

- diese neben der nach diesem Tarif versicherten Person, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, begleitend vollstationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird und
- hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder PKV besteht.

7. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) und
- ärztlich verordnete Fahrten mit einem Taxi

zum und vom nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus in Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt B I und II. Hierzu gehören auch die mit diesen Krankentransporten im Zusammenhang stehenden Zuzahlungen nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang). Die Erstattung ist auf maximal 250,– Euro je Kalenderjahr begrenzt.

8. Leistungspauschale infolge eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes

Gezahlt wird die nachfolgend genannte Leistungspauschale (z. B. zur Begleichung der Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V – siehe Anhang) je vollstationären Krankenhausaufenthalt. Die Höhe der Leistungspauschale richtet sich nach den aufeinanderfolgenden vollstationären Tagen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein vollstationärer Tag.

Dauer des vollstationären Krankenhausaufenthaltes	Leistungspauschale
ab 5 bis maximal 9 aufeinanderfolgende vollstationäre Tage	150,– Euro
ab 10 bis maximal 19 aufeinanderfolgende vollstationäre Tage	200,– Euro
ab mindestens 20 aufeinanderfolgenden vollstationären Tagen	300,– Euro

Handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Nr. 4, entfällt die Zahlung einer Leistungspauschale.

C) Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

D) Fortsetzungsrecht

Abweichend von § 20 Abs. 1 Satz 1 RB/BKV 2020 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach den Tarifen Save More-E oder Save-E zu beantragen. Die Fortsetzung kann nur beantragt werden, wenn der gewöhnliche Aufenthalt und der Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland ist. Die übrigen Bestimmungen des § 20 RB/BKV 2020 bleiben unberührt.

Tarif Save

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Save für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Kollektivversicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2020 (RB/BKV 2020) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die

– in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben

oder

– bei einer in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten Krankenversicherung mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Krankheitskostenvollversicherungsschutz (PKV) versichert sind

und

– Mitarbeiter des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber des Mitarbeiters) sind.

3. Beginn des Versicherungsschutzes

Abweichend von § 3 Abs. 1 RB/BKV 2020 kann in Abhängigkeit der Kollektivgröße vereinbart werden, dass

– für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, grundsätzlich nicht geleistet wird,

– einzelne vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene und fortlaufende Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind und

– nach Anmeldung zum Kollektivversicherungsvertrag eingetretene Versicherungsfälle nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Sofern eine solche Vereinbarung getroffen wurde, sind die entsprechenden Informationen dem Versicherungsausweis zu entnehmen.

B) Leistungen des Versicherers

Die Leistungen des Versicherers nach diesem Tarif werden nur in Ergänzung zu Vorleistungen der GKV oder PKV erbracht und nur soweit, wie GKV oder PKV keine entsprechende Leistung schulden. Schulden die GKV oder PKV nachweislich keine Vorleistungen, leistet der Versicherer, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen sind, in vereinbartem Umfang.

Wird eine Leistung der PKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt / eine bestehende Selbstbeteiligung angerechnet, gilt dies als Vorleistung der PKV, die nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig ist. Sofern ein Wahltarif mit Selbstbehalt bei der GKV besteht, gilt der vom GKV-Versicherten zu tragende Selbstbehalt als Vorleistung der GKV. Diese ist ebenfalls nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig.

Die Gesamterstattung darf zusammen mit der Vorleistung aus GKV oder PKV die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

I. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten für

– die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer (bei Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer die Kosten der gesondert berechenbaren Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer),

– privatärztliche Behandlungen,

– ambulante Operationen im Krankenhaus (einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen),

– Anschlussrehabilitationsmaßnahmen,

– die Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses,

– eine Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in),

– Krankentransporte.

Zudem wird infolge eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes eine Leistungspauschale gezahlt.

Abweichend von § 6 Abs. 5 RB/BKV 2020 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

– es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder

– die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder

– während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

II. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes eine Kostenerstattung für vereinbarte Wahlleistungen (gesondert berechnete Unterkunft / privatärztliche Behandlung) nach diesem Tarif nicht in Anspruch, wird je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein vollstationärer Tag.

Keine Kostenerstattung für	Tagessatz
das Zwei-Bett-Zimmer	20,– Euro
die privatärztliche Behandlung	50,– Euro

Handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Abschnitt B III 4 oder werden für die tariflich vereinbarte Unterkunft vom Krankenhaus keine zusätzlichen Entgelte erhoben, entfällt eine Zahlung des Ersatz-Krankenhaustagegeldes.

III. Erläuterungen

1. Gesondert berechnete Unterkunft

Erstattet werden die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer.

Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet werden.

Erstattet werden im zuvor nach Absatz 1 und 2 dargestellten Rahmen auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt.

Kann die versicherte Person die Kosten für ein Zwei-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine ent-

sprechende Unterkunft nicht anbietet und werden höhere als die versicherten Leistungen in Anspruch genommen (Ein-Bett-Zimmer), werden in diesem Fall die Aufwendungen für ein Zwei-Bett-Zimmer des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses nach dem Krankenhausentgeltgesetz erstattet.

2. Privatärztliche Behandlungen

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 115a SGB V (siehe Anhang). Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

3. Ambulante Operationen im Krankenhaus (einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen)

Erstattet werden die Kosten ambulanter privatärztlicher Operationen, die von im Krankenhaus angestellten Ärzten und von Belegärzten im Krankenhaus durchgeführt werden. Die Kosten für in diesem Zusammenhang erforderliche ambulante Vor- und Nachuntersuchungen im Krankenhaus durch die vorgenannten Ärzte werden ebenfalls erstattet. Vor- und Nachuntersuchungen sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der ambulanten Operation erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen GOÄ und GOZ erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2, soweit

- für die vorausgegangene vollstationäre Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

5. Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses

Erstattet werden GKV-Versicherten die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

6. Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in)

Erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung einer notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn

- diese neben der nach diesem Tarif versicherten Person, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, begleitend vollstationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird und
- hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder PKV besteht.

7. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) und
- ärztlich verordnete Fahrten mit einem Taxi

zum und vom nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus in Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt B I und II. Hierzu gehören auch die mit diesen Krankentransporten im Zusammenhang stehenden Zuzahlungen nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang). Die Erstattung ist auf maximal 250,– Euro je Kalenderjahr begrenzt.

8. Leistungspauschale infolge eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes

Gezahlt wird die nachfolgend genannte Leistungspauschale (z. B. zur Begleichung der Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V – siehe Anhang) je vollstationären Krankenhausaufenthalt. Die Höhe der Leistungspauschale richtet sich nach den aufeinanderfolgenden vollstationären Tagen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein vollstationärer Tag.

Dauer des vollstationären Krankenhausaufenthaltes	Leistungspauschale
ab 5 bis maximal 9 aufeinanderfolgende vollstationäre Tage	150,– Euro
ab 10 bis maximal 19 aufeinanderfolgende vollstationäre Tage	200,– Euro
ab mindestens 20 aufeinanderfolgenden vollstationären Tagen	300,– Euro

Handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Nr. 4, entfällt die Zahlung einer Leistungspauschale.

C) Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

D) Fortsetzungsrecht

Abweichend von § 20 Abs. 1 Satz 1 RB/BKV 2020 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach dem Tarif Save-E zu beantragen. Die Fortsetzung kann nur beantragt werden, wenn der gewöhnliche Aufenthalt und der Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland ist. Die übrigen Bestimmungen des § 20 RB/BKV 2020 bleiben unberührt.

Tarif Save U

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Save U für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Kollektivversicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2020 (RB/BKV 2020) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die

– in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben

oder

– bei einer in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten Krankenversicherung mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Krankheitskostenvollversicherungsschutz (PKV) versichert sind

und

– Mitarbeiter des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber des Mitarbeiters) sind.

B) Leistungen des Versicherers

Die Leistungen des Versicherers nach diesem Tarif werden nur in Ergänzung zu Vorleistungen der GKV oder PKV erbracht und nur soweit, wie GKV oder PKV keine entsprechende Leistung schulden. Schulden die GKV oder PKV nachweislich keine Vorleistungen, leistet der Versicherer, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen sind, in vereinbartem Umfang.

Wird eine Leistung der PKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt / eine bestehende Selbstbeteiligung angerechnet, gilt dies als Vorleistung der PKV, die nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig ist. Sofern ein Wahltarif mit Selbstbehalt bei der GKV besteht, gilt der vom GKV-Versicherten zu tragende Selbstbehalt als Vorleistung der GKV. Diese ist ebenfalls nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig.

Die Gesamterstattung darf zusammen mit der Vorleistung aus GKV oder PKV die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Erstattet werden die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführenden Kosten für stationäre Heilbehandlung.

a) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe gelten als Unfall, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen bis zu mehreren Stunden lang ausgesetzt war.

b) Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

   Die sportliche Betätigung in den vom Deutschen Olympischen Sportbund anerkannten Sportarten gilt auch als erhöhte Kraftanstrengung. Dies gilt jedoch nicht für Boxen und andere Kampfsportarten (vgl. Abs. IV Nr. 7).

I. Leistungsumfang bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland

Erstattet werden die Kosten für

– die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer,
– privatärztliche Behandlungen,
– ambulante Operationen im Krankenhaus (einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen),
– Anschlussrehabilitationsmaßnahmen,
– die Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses,
– eine Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in),
– Krankentransporte.

Zudem wird infolge eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes eine Leistungspauschale sowie ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.

Wenn für die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Anspruch auf Leistungen von der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht, hat diese nur einen Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld von 50,– Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein vollstationärer Tag.

II. Leistungsumfang bei stationärer Heilbehandlung im Ausland

Gezahlt wird ein Krankenhaustagegeld von 50,– Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes im Ausland. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein vollstationärer Tag.

III. Erläuterungen

1. Gesondert berechnete Unterkunft

Erstattet werden die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer.

Wird ein Ein-Bett-Zimmer in Anspruch genommen und besteht für nach diesem Tarif versicherte Personen gegenüber anderen Erstattungsverpflichteten ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft in einem Zwei-Bett-Zimmer, wird die Differenz zwischen den Kosten für die Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer und den Kosten für die Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer erstattet.

Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet werden.

Erstattet werden im zuvor nach Absatz 1 bis 3 dargestellten Rahmen auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt.

2. Privatärztliche Behandlungen

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 115a SGB V (siehe Anhang). Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund

rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

3. Ambulante Operationen im Krankenhaus (einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen)

Erstattet werden die Kosten ambulanter privatärztlicher Operationen, die von im Krankenhaus angestellten Ärzten und von Belegärzten im Krankenhaus durchgeführt werden. Die Kosten für in diesem Zusammenhang erforderliche ambulante Vor- und Nachuntersuchungen im Krankenhaus durch die vorgenannten Ärzte werden ebenfalls erstattet. Vor- und Nachuntersuchungen sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der ambulanten Operation erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen GOÄ und GOZ erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2, soweit

- für die vorausgegangene vollstationäre Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

5. Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses

Erstattet werden GKV-Versicherten die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

6. Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in)

Erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung einer notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn

- diese neben der nach diesem Tarif versicherten Person, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, begleitend vollstationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird und
- hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder PKV besteht.

7. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) und
- ärztlich verordnete Fahrten mit einem Taxi

zum und vom nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus in Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt B I. Hierzu gehören auch die mit diesen Krankentransporten im Zusammenhang stehenden Zuzahlungen nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang). Die Erstattung ist auf maximal 250,– Euro je Kalenderjahr begrenzt.

8. Leistungspauschale infolge eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes

Gezahlt wird die nachfolgend genannte Leistungspauschale (z. B. zur Begleichung der Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V – siehe Anhang) je vollstationären Krankenhausaufenthalt. Die Höhe der Leistungspauschale richtet sich nach den aufeinanderfolgenden vollstationären Tagen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein vollstationärer Tag.

Dauer des vollstationären Krankenhausaufenthaltes	Leistungspauschale
ab 5 bis maximal 9 aufeinanderfolgende vollstationäre Tage	150,– Euro
ab 10 bis maximal 19 aufeinanderfolgende vollstationäre Tage	200,– Euro
ab mindestens 20 aufeinanderfolgenden vollstationären Tagen	300,– Euro

Handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Nr. 4, entfällt die Zahlung einer Leistungspauschale.

9. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes eine Kostenerstattung für die gesondert berechnete Unterkunft nach Nr. 1 und privatärztliche Behandlung nach Nr. 2 nicht in Anspruch, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von 50,– Euro je Tag gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als ein vollstationärer Tag.

Handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Nr. 4 oder werden für die tariflich vereinbarte Unterkunft vom Krankenhaus keine zusätzlichen Entgelte erhoben, entfällt eine Zahlung des Ersatz-Krankenhaustagegeldes.

IV. Einschränkung der Leistungspflicht

Aufwendungen für stationäre psychotherapeutische und stationäre psychiatrische Leistungen sind nicht erstattungsfähig.

In Erweiterung von § 7 RB/BKV 2020 besteht kein Versicherungsschutz für folgende Unfälle:

1. Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Rauschmittelkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden. In den Versicherungsschutz sind Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen eingeschlossen, bei denen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt

– beim Lenken von Kraftfahrzeugen unter 1,1 Promille (Grenze der absoluten Fahruntüchtigkeit) liegt. Der Versicherer hat das Recht, den Promillewert anzupassen, wenn durch ein höchstrichterliches Urteil eine Neufestlegung erfolgt,
– bei allen sonstigen Fällen unter 1,5 Promille liegt.

2. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht.
3. Unfälle der versicherten Person
   – als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
   – bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
   – bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
4. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
5. Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
6. Unfälle der versicherten Person in Ausübung von Sportarten, die
   – als Berufs-, Vertrags-, Lizenz- oder sonstiger profiähnlicher Sportler oder
   – im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit, mit der überwiegend (mindestens zu 50 %) das Einkommen erzielt wird,

   betrieben werden.
7. Unfälle der versicherten Person in Ausübung von risikoreichen Sportarten (z. B. Bungee-Jumping, Skysurfing, Paragliding, Drachenfliegen, Canyoning, Freeclimbing, Boxen und andere Kampfsportarten).
8. Unfälle der versicherten Person in Ausübung von folgenden beruflichen Tätigkeiten: Artisten, Dompteure, Tierbändiger und -pfleger, Brückenbauer, Munitions- und Räumtrupps, Sprengmeister, Berufstaucher, Rennreiter, Untertage Tätige, Fallschirmsportlehrer sowie Stuntmen.

In Erweiterung von § 7 RB/BKV 2020 sind folgende Beeinträchtigungen ausgeschlossen:

1. Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Abschnitt B Buchstabe a Satz 1 die überwiegende Ursache ist.
2. Bauch- und Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
3. Gesundheitsschäden durch Strahlen.
4. Gesundheitsschäden durch
   – medizinische oder sonstige Eingriffe am Körper der versicherten Person;
   – Heilmaßnahmen.

   Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die medizinischen Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden.
5. Infektionen. Versichert sind jedoch Infektionen, die während der unfallbedingten Krankenhausbehandlung entstehen und diesen Krankenhausaufenthalt verlängern. Ein erneuter Krankenhausaufenthalt zur Behandlung dieser Infektion ist nicht versichert.

C) Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

D) Leistungsunterlagen

Bei Meldung des Unfalls übersendet der Versicherer einen Unfallbericht. Für die unverzügliche Prüfung der Leistungspflicht des Versicherers ist die Rücksendung des vollständig ausgefüllten Unfallberichtes sowie eventuell weiterer vom Versicherer benannter Unterlagen erforderlich.

E) Fortsetzungsrecht

Abweichend von § 20 Abs. 1 Satz 1 RB/BKV 2020 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach dem Tarif Save U-E zu beantragen. Die Fortsetzung kann nur beantragt werden, wenn der gewöhnliche Aufenthalt und der Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland ist. Die übrigen Bestimmungen des § 20 RB/BKV 2020 bleiben unberührt.

Tarif Smile More

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Smile More für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Kollektivversicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2020 (RB/BKV 2020) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die

– in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben

oder

– bei einer in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten Krankenversicherung mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Krankheitskostenvollversicherungsschutz (PKV) versichert sind

und

– Mitarbeiter des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber des Mitarbeiters) sind.

B) Leistungen des Versicherers

Die Leistungen des Versicherers nach diesem Tarif werden nur in Ergänzung zu Vorleistungen der GKV oder PKV erbracht und nur soweit, wie GKV oder PKV keine entsprechende Leistung schulden. Schulden die GKV oder PKV nachweislich keine Vorleistungen, leistet der Versicherer, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen sind, in vereinbartem Umfang.

Wird eine Leistung der PKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt / eine bestehende Selbstbeteiligung angerechnet, gilt dies als Vorleistung der PKV, die nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig ist. Sofern ein Wahltarif mit Selbstbehalt bei der GKV besteht, gilt der vom GKV-Versicherten zu tragende Selbstbehalt als Vorleistung der GKV. Diese ist ebenfalls nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig.

Die Gesamterstattung darf zusammen mit der Vorleistung aus GKV oder PKV die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Die Kosten für die nachfolgenden tariflichen Leistungen werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

I. Leistungshöhe

Je versicherte Person und Kalenderjahr gilt eine vereinbarte Leistungshöhe für die nachfolgend unter Abschnitt B II und III aufgeführten Leistungen unabhängig von der Anzahl der Versicherungsfälle von insgesamt

1.000,– Euro in Tarifstufe Smile More1000;

2.500,– Euro in Tarifstufe Smile More2500;

5.000,– Euro in Tarifstufe Smile More5000.

Beginnt das Versicherungsverhältnis nicht am 1. Januar, verringert sich die vereinbarte Leistungshöhe für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem das Versicherungsverhältnis nicht bestand. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

II. Leistungsumfang

1. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR), Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen

In Erweiterung zu § 1 Abs. 3 RB/BKV 2020 gelten auch zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen als Versicherungsfall.

Erstattet werden die Kosten für zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen bis zu 100 %, insgesamt jedoch nicht mehr als bis zu 250,– Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person.

Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) sind erstattungsfähig, wenn sie in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden und zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

2. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Erstattet werden zusammen mit der Vorleistung der GKV oder PKV bis zu 100 % der Kosten für

– Wurzelbehandlungen,
– Parodontosebehandlungen (Behandlung von Parodontitis),
– Plastische Füllungen,
– Aufbissbehelfe und Schienen sowie
– Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlungen.

3. Kieferorthopädie

Erstattet werden die Kosten für Kieferorthopädie

a) bei Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres:

Je Versicherungsfall bis zu 100 %, maximal bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt

500,– Euro in Tarifstufe Smile More1000;

1.000,– Euro in Tarifstufe Smile More2500;

1.500,– Euro in Tarifstufe Smile More5000.

Ist ausschließlich ein nach Versicherungsbeginn nach diesem Tarif eingetretener Unfall für den Versicherungsfall ursächlich, werden die Kosten für zusätzliche kieferorthopädische Leistungen, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder PKV besteht, unabhängig von dem maximalen Erstattungsbetrag nach Satz 1 mit 100 % erstattet. Erbringt die GKV oder PKV nachweislich keine unfallbedingten Leistungen, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

Nicht erstattet wird der Eigenanteil nach § 29 Abs. 2 und 3 SGB V (siehe Anhang), der in der GKV zu tragen ist, wenn eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV Leistungen erbringt, nicht in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wird.

b) bei Behandlungsbeginn nach Vollendung des 18. Lebensjahres:

Ist ausschließlich ein nach Versicherungsbeginn nach diesem Tarif eingetretener Unfall für den Versicherungsfall ursächlich, werden die Kosten bis zu 100 %

für

– kieferorthopädische Leistungen, wenn die GKV oder PKV für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung keine Leistungen erbringt oder
– zusätzliche kieferorthopädische Leistungen, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder PKV besteht – vorausgesetzt, dass diese in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, für die die GKV oder PKV nachweislich Leistungen erbringt,

erstattet.

4. Besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen

Erstattet werden die Kosten für besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen bis zu 100 %.

III. Erläuterungen

1. Als Kosten für Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung gelten Gebühren für Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen
   – die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
   – die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes,
   – die Kontrolle des Übungserfolges,
   – die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne,
   – die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, auch mittels VECTOR-Methode,
   – die mikroinvasive Kariesinfiltration,
   – das Entfernen des Biofilms,
   – die Oberflächenpolitur sowie die Behandlung, Fluoridierung und Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen.
2. Als Kosten für
   a) Wurzelbehandlung gelten Gebühren für Aufbereitung und Versorgung der Wurzelkanäle und des Zahnes sowie Wurzelspitzenresektionen. Ferner zählen zu den Kosten für Wurzelbehandlung auch in diesem Rahmen erforderliche
      – Röntgenaufnahmen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie),
      – Lokalanästhesien,
      – Kontrollen und Nachbehandlungen nach chirurgischem Eingriff,
      – photodynamische Therapien,
      – elektronische Wurzellängenmessungen,
      – elektrophysikalisch chemische Spülungen der Wurzelkanäle,
      – thermisch erwärmte Wurzelkanalfüllungsmaterialien sowie
      – der Einsatz von OP-Mikroskopen und Laser.
   b) Parodontosebehandlung (Behandlung von Parodontitis) gelten Gebühren für parodontalchirurgische und regenerative Maßnahmen zur Wiederherstellung des Aufbaus und der Funktion des Zahnhalteapparates. Ferner zählen zu den Kosten für Parodontosebehandlung auch in diesem Rahmen erforderliche
      – Schleimhauttransplantationen,
      – Röntgenaufnahmen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie),
      – Lokalanästhesien,
      – Kontrollen und Nachbehandlungen nach parodontalchirurgischem Eingriff,
      – photodynamische Therapien,
      – Speicheltests zur Keimbestimmung,
      – die VECTOR-Methode und
      – der Einsatz von OP-Mikroskopen und Laser.
   c) plastische Füllungen gelten Gebühren für zahnärztliche Aufwendungen für Kunststoff-, Komposit- und dentin-adhäsive Füllungen.
   d) Aufbissbehelfe und Schienen gelten Gebühren für zahnärztliche Aufwendungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (z. B. Knirscherschienen) einschließlich der damit verbundenen Vor- und Nachbehandlungen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen sowie Material- und Laborkosten, sofern diese Maßnahmen nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.
   e) Zahnersatz gelten Gebühren für
      – prothetische zahnärztliche Leistungen (Voll- und Teilprothesen), Brücken, Stiftzähne,
      – Kronen und Inlays (auch als vollkeramische Versorgung, z. B. mit Erstellung im CEREC-Verfahren),
      – Onlays, Overlays,
      – Veneers, Lumineers,
      – Verblendungen (z.B. Keramik- und Kunststoffverblendungen),
      – die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie
      – Material- und Laborkosten.

      Ferner zählen zu den Kosten für Zahnersatz die damit zusammenhängenden Gebühren für
      – Heil- und Kostenpläne,
      – Lokalanästhesien (außer Narkosen),
      – Abformungsmaßnahmen,
      – Röntgenleistungen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie) sowie
      – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

      Als Kosten für orale Implantate gelten Gebühren für
      – implantologische Leistungen, Implantatkörper und implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktion) einschließlich Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie
      – Material- und Laborkosten.

      Ferner zählen zu den Kosten für orale Implantate die damit zusammenhängenden Gebühren für
      – Heil- und Kostenpläne,
      – Lokalanästhesien (außer Narkosen),
      – Abformungsmaßnahmen,
      – Röntgenleistungen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie) sowie
      – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

      Als Kosten für augmentative Behandlungen gelten Gebühren für
      – Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie
      – Material- und Laborkosten.

      Ferner zählen zu den Kosten für augmentative Behandlung die damit zusammenhängenden Gebühren für
      – Lokalanästhesien (außer Narkosen) sowie

– Röntgenleistungen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie).

Die Kosten für eine augmentative Behandlung werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten oralen Implantate erstattet.

3. Als Kosten für Kieferorthopädie gelten Gebühren für zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der damit verbundenen Vor- und Nachbehandlungen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen sowie Material- und Laborkosten.
4. Als Kosten für besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gelten Gebühren für Aufwendungen zur Schmerzausschaltung und Linderung der Angstzustände, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer tariflichen Leistung nach diesem Tarif entstehen. Dazu zählen
   – Analgo-Sedierung,
   – Vollnarkose,
   – Lachgas-Sedierung,
   – Akupunktur sowie
   – Hypnose.

IV. Erhöhung der vereinbarten Leistungshöhe

Die vereinbarte Leistungshöhe nach Abschnitt B I erhöht sich nach der nachfolgenden Tabelle, wenn für die versicherte Person

– das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif ein jeweils volles Kalenderjahr bestand,
– das Versicherungsverhältnis zu keinem Zeitpunkt innerhalb des Kalenderjahres ruhte und
– keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Kalenderjahr beantragt wurden.

Je nach vereinbarter Tarifstufe und der Anzahl der aufeinanderfolgenden Kalenderjahre – für das die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt werden – gilt für die versicherte Person ab dem 1. Januar des Folgejahres die nachfolgend genannte Leistungshöhe:

Anzahl der Kalenderjahre	Tarifstufe Smile More1000	Tarifstufe Smile More2500	Tarifstufe Smile More5000
0	1.000,– Euro	2.500,– Euro	5.000,– Euro
1	1.100,– Euro	2.750,– Euro	5.500,– Euro
2	1.200,– Euro	3.000,– Euro	6.000,– Euro
3	1.300,– Euro	3.250,– Euro	6.500,– Euro
4	1.400,– Euro	3.500,– Euro	7.000,– Euro
ab dem 5. Kalenderjahr	1.500,– Euro	3.750,– Euro	7.500,– Euro

Für das Kalenderjahr, das auf das Kalenderjahr folgt, für das Versicherungsleistungen nach Abschnitt B II und III beantragt wurden, verringert sich die Leistungshöhe auf die ursprünglich für die vereinbarte Tarifstufe vorgesehene Höhe (vgl. Abschnitt B I).

Das Ruhen des Versicherungsverhältnisses hat keine Auswirkungen auf die bis zum Ruhen des Versicherungsverhältnisses gültige Leistungshöhe. Die Leistungshöhe, die vor dem Ruhen des Versicherungsverhältnisses für die versicherte Person galt, gilt auch für die Zeit unmittelbar nach Beendigung des Ruhens des Versicherungsverhältnisses.

V. Wechsel der Tarifstufe

Ein Wechsel der Tarifstufe ist jeweils zum 1. Januar eines jeden Jahres möglich. Bei einem Wechsel der Tarifstufe werden leistungsfreie Kalenderjahre entsprechend übernommen.

C) Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Der Beitrag richtet sich nach der vereinbarten Tarifstufe.

D) Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Erstattungsreihenfolge

Bestehen bei dem Versicherer für die versicherte Person noch weitere Tarife der arbeitgeber- bzw. arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung für die Versicherung der Kosten von Zahnleistungen, werden die erstattungsfähigen Kosten vorrangig aus dem Tarif Smile More erstattet, sofern dem Versicherer keine andere Information vorliegt.

2. Leistungsunterlagen

Für die Erstattung der Kosten zahnärztlicher Leistungen nach diesem Tarif müssen zusätzlich zu den in § 8 RB/BKV 2020 geforderten Unterlagen folgende Nachweise und Leistungsunterlagen vorgelegt werden:

– Die Rechnungsbelege müssen den zahnmedizinischen Befund mit Angabe der behandelten Zähne enthalten.
– Für die Erstattung der Kosten für Funktionsdiagnostik ist eine Dokumentation über den klinischen Funktionsstatus einzureichen.

E) Fortsetzungsrecht

Abweichend von § 20 Abs. 1 Satz 1 RB/BKV 2020 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach den Tarifen Smile More-E oder Smile-E zu beantragen. Die Fortsetzung kann nur beantragt werden, wenn der gewöhnliche Aufenthalt und der Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland ist. Die übrigen Bestimmungen des § 20 RB/BKV 2020 bleiben unberührt.

Tarif Smile

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifes Smile für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Kollektivversicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2020 (RB/BKV 2020) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die

– in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben

oder

– bei einer in der Bundesrepublik Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten Krankenversicherung mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Krankheitskostenvollversicherungsschutz (PKV) versichert sind

und

– Mitarbeiter des Versicherungsnehmers (Arbeitgeber des Mitarbeiters) sind.

B) Leistungen des Versicherers

Die Leistungen des Versicherers nach diesem Tarif werden nur in Ergänzung zu Vorleistungen der GKV oder PKV erbracht und nur soweit, wie GKV oder PKV keine entsprechende Leistung schulden. Schulden die GKV oder PKV nachweislich keine Vorleistungen, leistet der Versicherer, sofern nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen sind, in vereinbartem Umfang.

Wird eine Leistung der PKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt / eine bestehende Selbstbeteiligung angerechnet, gilt dies als Vorleistung der PKV, die nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig ist. Sofern ein Wahltarif mit Selbstbehalt bei der GKV besteht, gilt der vom GKV-Versicherten zu tragende Selbstbehalt als Vorleistung der GKV. Diese ist ebenfalls nicht nach diesem Tarif erstattungsfähig.

Die Gesamterstattung darf zusammen mit der Vorleistung aus GKV oder PKV die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Die Kosten für die nachfolgenden tariflichen Leistungen werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

I. Leistungshöhe

Je versicherte Person und Kalenderjahr gilt eine vereinbarte Leistungshöhe für die nachfolgend unter Abschnitt B II und III aufgeführten Leistungen unabhängig von der Anzahl der Versicherungsfälle von insgesamt

750,– Euro in Tarifstufe Smile750;

1.500,– Euro in Tarifstufe Smile1500;

3.000,– Euro in Tarifstufe Smile3000.

Beginnt das Versicherungsverhältnis nicht am 1. Januar, verringert sich die vereinbarte Leistungshöhe für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem das Versicherungsverhältnis nicht bestand. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

II. Leistungsumfang

1. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR), Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen

In Erweiterung zu § 1 Abs. 3 RB/BKV 2020 gelten auch zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen als Versicherungsfall.

Erstattet werden die Kosten für zahnprophylaktische Leistungen / PZR, Fissurenversiegelung und zahnaufhellende Maßnahmen bis zu 100 %, insgesamt jedoch nicht mehr als bis zu 200,– Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person.

Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) sind erstattungsfähig, wenn sie in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden und zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

2. Zahnersatz

Erstattet werden zusammen mit der Vorleistung der GKV oder PKV bis zu 75 % der Kosten für Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlungen.

III. Erläuterungen

1. Als Kosten für Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung gelten Gebühren für Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen
   – die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
   – die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes,
   – die Kontrolle des Übungserfolges,
   – die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne,
   – die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, auch mittels VECTOR-Methode,
   – die mikroinvasive Kariesinfiltration,
   – das Entfernen des Biofilms,
   – die Oberflächenpolitur sowie die Behandlung, Fluoridierung und Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen.
2. Als Kosten für Zahnersatz gelten Gebühren für
   – prothetische zahnärztliche Leistungen (Voll- und Teilprothesen), Brücken, Stiftzähne,
   – Kronen und Inlays (auch als vollkeramische Versorgung, z. B. mit Erstellung im CEREC-Verfahren),
   – Onlays, Overlays,
   – Veneers, Lumineers,
   – Verblendungen (z. B. Keramik- und Kunststoffverblendungen),
   – die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie
   – Material- und Laborkosten.

   Ferner zählen zu den Kosten für Zahnersatz die damit zusammenhängenden Gebühren für
   – Heil- und Kostenpläne,

– Lokalanästhesien (außer Narkosen),
– Abformungsmaßnahmen,
– Röntgenleistungen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie) sowie
– funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Als Kosten für orale Implantate gelten Gebühren für

– implantologische Leistungen, Implantatkörper und implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktion) einschließlich Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie
– Material- und Laborkosten.

Ferner zählen zu den Kosten für orale Implantate die damit zusammenhängenden Gebühren für

– Heil- und Kostenpläne,
– Lokalanästhesien (außer Narkosen),
– Abformungsmaßnahmen,
– Röntgenleistungen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie) sowie
– funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Als Kosten für augmentative Behandlungen gelten Gebühren für

– Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie
– Material- und Laborkosten.

Ferner zählen zu den Kosten für augmentative Behandlung die damit zusammenhängenden Gebühren für

– Lokalanästhesien (außer Narkosen) sowie
– Röntgenleistungen (auch Computertomographien und digitale Volumentomographie).

Die Kosten für eine augmentative Behandlung werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten oralen Implantate erstattet.

IV. Erhöhung der vereinbarten Leistungshöhe

Die vereinbarte Leistungshöhe nach Abschnitt B I erhöht sich nach der nachfolgenden Tabelle, wenn für die versicherte Person

– das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif ein jeweils volles Kalenderjahr bestand,
– das Versicherungsverhältnis zu keinem Zeitpunkt innerhalb des Kalenderjahres ruhte und
– keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Kalenderjahr beantragt wurden.

Je nach vereinbarter Tarifstufe und der Anzahl der aufeinanderfolgenden Kalenderjahre – für das die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt werden – gilt für die versicherte Person ab dem 1. Januar des Folgejahres die nachfolgend genannte Leistungshöhe:

Anzahl der Kalenderjahre	Tarifstufe Smile750	Tarifstufe Smile1500	Tarifstufe Smile3000
0	750,– Euro	1.500,– Euro	3.000,– Euro
1	825,– Euro	1.650,– Euro	3.300,– Euro
2	900,– Euro	1.800,– Euro	3.600,– Euro
3	975,– Euro	1.950,– Euro	3.900,– Euro
4	1.050,– Euro	2.100,– Euro	4.200,– Euro
ab dem 5. Kalenderjahr	1.125,– Euro	2.250,– Euro	4.500,– Euro

Für das Kalenderjahr, das auf das Kalenderjahr folgt, für das Versicherungsleistungen nach Abschnitt B II und III beantragt wurden, verringert sich die Leistungshöhe auf die ursprünglich für die vereinbarte Tarifstufe vorgesehene Höhe (vgl. Abschnitt B I).

Das Ruhen des Versicherungsverhältnisses hat keine Auswirkungen auf die bis zum Ruhen des Versicherungsverhältnisses gültige Leistungshöhe. Die Leistungshöhe, die vor dem Ruhen des Versicherungsverhältnisses für die versicherte Person galt, gilt auch für die Zeit unmittelbar nach Beendigung des Ruhens des Versicherungsverhältnisses.

V. Wechsel der Tarifstufe

Ein Wechsel der Tarifstufe ist jeweils zum 1. Januar eines jeden Jahres möglich. Bei einem Wechsel der Tarifstufe werden leistungsfreie Kalenderjahre entsprechend übernommen.

C) Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Der Beitrag richtet sich nach der vereinbarten Tarifstufe.

D) Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Erstattungsreihenfolge

Bestehen bei dem Versicherer für die versicherte Person noch weitere Tarife der arbeitgeber- bzw. arbeitnehmerfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung für die Versicherung der Kosten von Zahnleistungen, werden die erstattungsfähigen Kosten vorrangig aus dem Tarif Smile erstattet, sofern dem Versicherer keine andere Information vorliegt.

2. Leistungsunterlagen

Für die Erstattung der Kosten zahnärztlicher Leistungen nach diesem Tarif müssen zusätzlich zu den in § 8 RB/BKV 2020 geforderten Unterlagen folgende Nachweise und Leistungsunterlagen vorgelegt werden:

– Die Rechnungsbelege müssen den zahnmedizinischen Befund mit Angabe der behandelten Zähne enthalten.
– Für die Erstattung der Kosten für Funktionsdiagnostik ist eine Dokumentation über den klinischen Funktionsstatus einzureichen.

E) Fortsetzungsrecht

Abweichend von § 20 Abs. 1 Satz 1 RB/BKV 2020 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach dem Tarif Smile-E zu beantragen. Die Fortsetzung kann nur beantragt werden, wenn der gewöhnliche Aufenthalt und der Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland ist. Die übrigen Bestimmungen des § 20 RB/BKV 2020 bleiben unberührt.

Besondere Bedingungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung für die Beitragsbefreiung während entgeltfreier Zeiten (BF)

A) Versicherungsbedingungen

Es gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der jeweils vereinbarten arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G., soweit sich aus diesen Besonderen Bedingungen keine Abweichungen ergeben.

Sind die Besonderen Bedingungen für die Beitragsbefreiung während entgeltfreier Zeiten vereinbart, wird die Tarifbezeichnung der jeweils betroffenen arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung durch „BF“ ergänzt.

B) Beitragsbefreiung

1. Beitragsbefreiung während entgeltfreier Zeiten

Die Beitragsbefreiung erfolgt für Zeiten, in denen die versicherte Person infolge der nachfolgend genannten Gründe kein Arbeitsentgelt bekommt:

- Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfall,
- Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG),
- Pflege eines nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder
- vorübergehende Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung aus einem anderen Grund (z. B. „Sabbatical“).

Für die Zeit der Beitragsbefreiung während entgeltfreier Zeiten werden vom Versicherungsnehmer keine Beiträge gezahlt, aber die versicherte Person behält ihren Anspruch auf Leistungen nach der jeweils vereinbarten arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung.

Die Vereinbarung der Beitragsbefreiung schließt ein Ruhen des Versicherungsverhältnisses nach § 15 RB/BKV 2020 aus.

Zeiten, in denen die Beitragsbefreiung während entgeltfreier Zeiten nach diesen Besonderen Bedingungen besteht, gelten als Zeiten, in denen das Versicherungsverhältnis nach der jeweils vereinbarten arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung bestand.

2. Anzeige, Beginn, Dauer und Ende der Beitragsbefreiung

Die Beitragsbefreiung gilt jeweils für maximal 36 Monate. Der Anlass für die Beitragsbefreiung ist innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt anzuzeigen und nachzuweisen.

Beginnt die entgeltfreie Zeit an einem Monatsersten, beginnt die Beitragsbefreiung an diesem Tag. Andernfalls beginnt die Beitragsbefreiung zum Ersten des nachfolgenden Monats.

Erfolgt die Anzeige abweichend von Satz 2 zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt die Beitragsbefreiung zum nächsten Monatsersten, der auf die Anzeige folgt.

Die Beitragsbefreiung endet zum Ende des Monats, in dem die entgeltfreie Zeit endet, spätestens zum Ablauf der in Satz 1 genannten Frist. Das Ende der entgeltfreien Zeit ist unverzüglich mitzuteilen.

Mit dem Ende der Beitragsbefreiung muss der Versicherungsnehmer ab dem Ersten des nachfolgenden Monats den dann gültigen Beitrag zahlen.

Anhang zu den RB/BKV 2020, RB/BKV-F 2020, RB/BKV-E 2020 und deren zugrundeliegenden Tarifen

Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren

Über die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebüH) enthaltenen Verrichtungen hinaus sind folgende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden analog der jeweils aufgeführten Gebührenziffer des GebüH tarifgemäß erstattungsfähig:

Untersuchungs- oder Behandlungsmethode	Erstattung analog Gebührenziffer
Akupressur	21.1
Akupunkturmassage	20.2
Augendiagnostik	14.1
Bach-Blüten-Therapie	19.5
Bioresonanztherapie	16.3
Blutsedimentationstest	12.14
Clusterdiagnostik	12.14
Colon-Hydro-Therapie	36.3
CO_2-Quellgastherapie	25.9
Dermapunkturmassage	20.4 bzw. 20.5
Eigenblutbehandlung nach Garthe/mit UVB	25.10
Elektrohauttest	16.4
Elektromagnetischer Bluttest	13.1
Elektroneuraldiagnostik und -therapie nach Croon (ENTH)	16.1
Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	2 (2x)
Farblichttherapie/Farbpunktur	39.2
Feldenkrais-Methode	19.1
Fußreflexzonentherapie	20.6
Gegensensibilisierung nach Theurer	25.1 + 26.1
Haarmineralanalyse	12.14
Harnschau, traditionell	12.2
HLB-Bradford-Bluttest	13.1
Kaelin-Test	12.15
Kinesiologie	21.1
Laser-Akupunktur	21.1
Laser-Therapie (Soft-Laser und Mid-Power-Laser)	39.9
Matrixregenerationstherapie	16.1
Mikromagnetfeldtherapie	16.3
Mikroökologische Therapie	2
Mora-Therapie	16.3
Neobioelektrische Therapie (NBT)	16.3
Ohrkerzenbehandlung	30.1
Regulationstherapie	16.3
Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie	25.11
Sauerstoffzelt	23.1
Signaltherapien	39.10
Spenglersan-Test	13.1
Stoffwechselregulation mit STT	16.1
Terminalpunktdiagnostik	15.1
Thermoregulationsdiagnostik	16.1
Vega-Test	16.1

Des Weiteren sind auch für nachstehende Verfahren, die eine Analogbewertung nach dem GebüH nicht zulassen, Leistungen vorgesehen:

Die Kosten für Ayurveda, Organotherapie und Orthomolekulare Therapie, einschließlich Diagnostik, Arzneimittel und Physiotherapie sind tarifgemäß bis zu 150,– Euro je Kalenderjahr für alle drei Verfahren zusammen erstattungsfähig.

Das Leistungsverzeichnis wird neuen Erkenntnissen angepasst.

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

§ 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

...

§ 32 Heilmittel

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten.

...

§ 33 Hilfsmittel

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle.

...

§ 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 60 Fahrkosten

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die

von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(1b) Ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrums beabsichtigt ist, 10 Prozent nicht überschreitet. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für zahnärztliche medizinische Versorgungszentren mindestens fünf Vertragszahnarztsitze oder Anstellungen. Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:

1. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent nicht überschreitet,
2. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent nicht überschreitet.

Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen. Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses.

(2) Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,
2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.

Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind. Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind; Absatz 9b gilt entsprechend. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen. Abweichend von Satz 9 ist einem Antrag trotz einer nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordneten Zulassungsbeschränkung stattzugeben, wenn mit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

(2a) (weggefallen)

(3) Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln.

(4) Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.

(5) Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschlossen werden; bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag kann das Ruhen eines Viertels der Zulassung beschlossen werden.

(6) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt

die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschließen. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind. Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Absatz 1a Satz 1 oder der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind; die Übernahme von Gesellschafteranteilen durch angestellte Ärzte ist jederzeit möglich. Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 4 erster Halbsatz geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum 30. Juni 2012 nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.

(7) Die Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung, dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes.

(8) (weggefallen)

(9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen; hiervon abweichend ist eine Anstellungsgenehmigung trotz einer angeordneten Zulassungsbeschränkung zu erteilen, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 5 gilt entsprechend.

(9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.

(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen, einem halben oder einem drei Viertel Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.

(10) (weggefallen)

(11) (weggefallen)

(11a) (weggefallen)

(11b) (weggefallen)

(12) (weggefallen)

(13) In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 3 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muss mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder ein Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sein. Für die erstmalige Besetzung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse nach Satz 1 werden die Vertreter der Psychotherapeuten von der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landesebene berufen.

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung)

oder

2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Kran-

kenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 197 Wartezeiten

(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Krankentagegeld nach § 192 Absatz 5 Satz 2, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. Bei der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.

(2) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden oder die aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung ausgeschieden sind, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluss daran beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

§ 206 Kündigung des Versicherers

(4) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen die Krankenversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können. Absatz 3 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.

§ 215 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.

(2) § 33 Abs. 2 der Zivilprozessordnung ist auf Widerklagen der anderen Partei nicht anzuwenden.

(3) Eine von Absatz 1 abweichende Vereinbarung ist zulässig für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Satzung

Continentale Krankenversicherung a. G. • Ruhrallee 92 • 44139 Dortmund

§ 1 Name, Sitz, Geschäftsgebiet

1. Das Unternehmen führt den Namen Continentale Krankenversicherung a.G.
2. Das Unternehmen hat seinen Sitz in Dortmund.
3. Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 2 Gegenstand des Unternehmens

1. Das Unternehmen ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der mittelbar und unmittelbar die Krankenversicherung in allen ihren Arten betreibt. Das Unternehmen übernimmt auch die Versicherung für Nichtmitglieder gegen feste Entgelte bis zu einem Zehntel seiner Beitragseinnahmen.
2. Das Unternehmen ist berechtigt, alle Geschäfte durchzuführen, die nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zulässig sind. Es ist insoweit berechtigt, sich an anderen Unternehmen im In- und Ausland zu beteiligen.

§ 3 Mitgliedschaft

1. Mitglieder des Vereins werden
   a) alle Personen, die einen Versicherungsvertrag mit dem Verein abschließen, sofern sie nicht schon Mitglied sind; die Mitgliedschaft beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrages;

   und

   b) alle Personen, sofern sie nicht schon aufgrund lit. a) Mitglied sind, die im Falle der Verschmelzung eines anderen Versicherungsvereins auf den Verein im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins sind.
2. Die Mitgliedschaft erlischt – je nachdem, was als Letztes eintritt –,

   entweder

   a) mit der Beendigung des letzten Versicherungsvertrages des Mitglieds mit dem Verein

   oder

   b) mit der Beendigung des letzten Versicherungsvertrages des Mitglieds, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins beim übertragenden Versicherungsverein bereits bestanden hat,

   oder

   c) wenn für das Mitglied bei keinem Versicherungsunternehmen, das mit dem Verein gem. §§ 15 ff. AktG verbunden ist, ein Versicherungsvertrag mehr besteht, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins beim übertragenden Versicherungsverein bereits bestanden hat.
3. Die Mitglieder haben wiederkehrende Beiträge nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entrichten. Zu Nachschüssen sind sie nicht verpflichtet. Die Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden. Die Mitglieder, deren Mitgliedschaft ausschließlich nach Nr. 1 lit. b) besteht, sind von der vorgenannten Beitragspflicht befreit.
4. Die Rechte der Mitglieder werden durch Mitgliedervertreter in der Mitgliedervertreterversammlung ausgeübt.

§ 4 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Unternehmens erfolgen im elektronischen Bundesanzeiger.

§ 5 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 6 Vorstand

1. Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Personen. Im Übrigen bestimmt der Aufsichtsrat die Zahl der Mitglieder des Vorstandes.
2. Der Aufsichtsrat kann ein Mitglied des Vorstandes zum Vorstandsvorsitzenden ernennen.

§ 7 Vertretung des Unternehmens

Das Unternehmen wird durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten.

§ 8 Geschäftsführung

Der Vorstand führt in eigener Verantwortung die Geschäfte des Unternehmens nach Maßgabe der Gesetze, der Satzung und der Geschäftsordnung, die der Aufsichtsrat erlässt.

§ 9 Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat besteht aus neun Mitgliedern.
2. Die Wahl der Aufsichtsratsmitglieder erfolgt für die Zeit bis zur Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet.
3. Die Wiederwahl ausscheidender Aufsichtsratsmitglieder ist zulässig.
4. Scheidet ein Aufsichtsratsmitglied vor Ablauf seiner Amtszeit aus, so ist ein Nachfolger nur für die restliche Amtszeit des ausgeschiedenen Mitgliedes zu wählen.

§ 10 Aufgaben des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat bestellt die Mitglieder des Vorstandes.
2. Der Aufsichtsrat stellt den Jahresabschluss fest und erteilt dem Abschlussprüfer den Prüfungsauftrag.
3. Der Aufsichtsrat bestellt und entlässt den Verantwortlichen Aktuar.
4. Der Aufsichtsrat überwacht die Geschäftsführung nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Seiner vorherigen Zustimmung bedürfen:
   a) Kapitalanlagen, die durch ihren Gegenstand, ihren Umfang oder das mit ihnen verbundene Risiko von besonderer Bedeutung sind,
   b) die Bestellung von Prokuristen und
   c) die Einführung und Änderung Allgemeiner Versicherungsbedingungen.
5. Der Aufsichtsrat kann bestimmte Aufgaben Ausschüssen übertragen.
6. Der Aufsichtsrat ist berechtigt, Änderungen der Satzung zu beschließen, welche nur deren Fassung betreffen oder welche die Aufsichtsbehörde verlangt, bevor sie den Änderungsbeschluss der Mitgliedervertreterversammlung genehmigt.

§ 11 Vorsitz im Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat wählt für die Dauer der Amtszeit aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
2. Scheidet der Vorsitzende oder sein Stellvertreter aus, so hat der Aufsichtsrat unverzüglich eine Neuwahl vorzunehmen.

3. Der Vorsitzende des Aufsichtsrates leitet die Aufsichtsratssitzungen, bei Verhinderung sein Stellvertreter.

§ 12 Einberufung des Aufsichtsrates

1. Der Vorsitzende oder im Verhinderungsfall sein Stellvertreter beruft den Aufsichtsrat schriftlich, telegrafisch, mündlich, fernmündlich oder per E-Mail ein, so oft die Geschäfte es erfordern oder wenn es unter Angabe des Zwecks und der Gründe von einem Mitglied oder vom Vorstand verlangt wird, mindestens jedoch einmal pro Kalenderhalbjahr.
2. Wird dem Verlangen nicht entsprochen, so kann das Mitglied oder der Vorstand unter Mitteilung des Sachverhalts und der Angabe einer Tagesordnung selbst den Aufsichtsrat einberufen.
3. Sind Vorsitzender und Stellvertreter verhindert, so wird der Aufsichtsrat von dem nach Lebensjahren ältesten Aufsichtsratsmitglied einberufen.

§ 13 Beschlüsse des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen sind und mindestens zwei Drittel der Mitglieder, darunter der Vorsitzende oder sein Stellvertreter, an der Beschlussfassung teilnehmen.
2. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden bzw. bei dessen Abwesenheit die seines Stellvertreters.
3. Schriftlich, telegrafisch, fernmündlich oder per E-Mail gefasste Beschlüsse des Aufsichtsrates oder eines Ausschusses sind nur zulässig, wenn kein Mitglied diesem Verfahren widerspricht.

§ 14 Niederschrift über die Aufsichtsratssitzung

Über die Aufsichtsratssitzungen sind Niederschriften anzufertigen, die der Vorsitzende zu unterschreiben hat.

§ 15 Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung ist das oberste Organ des Unternehmens. Sie besteht aus fünfzehn bis fünfundzwanzig volljährigen Vereinsmitgliedern, die in keinem Dienstverhältnis zum Unternehmen stehen.

   In Fällen des § 15a Nr. 1 der Satzung kann auch eine größere Anzahl Mitgliedervertreter der Mitgliedervertreterversammlung angehören. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre, Wiederwahl ist zulässig.
2. Das Amt als Mitgliedervertreter erlischt durch freiwilligen Rücktritt. Es erlischt ferner, wenn die persönlichen Voraussetzungen der Wählbarkeit gemäß § 15 Nr. 1 der Satzung wegfallen oder durch einen mit einfacher Mehrheit gefassten Beschluss der Mitgliedervertreterversammlung.
3. Scheidet ein Mitgliedervertreter aus und wird dadurch die Mindestzahl von fünfzehn Mitgliedervertretern unterschritten, so ist von der nächsten ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung eine neue Ergänzungswahl vorzunehmen.
4. Die ordentliche Mitgliedervertreterversammlung findet in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres am Sitz der Gesellschaft oder in München statt.

§ 15a Weitere Mitgliedervertreter und Doppelrepräsentanten

1. Im Fall der Verschmelzung durch Aufnahme eines anderen Versicherungsvereins, in dem zum Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins keine Versicherungsverhältnisse, sondern nur noch die daraus resultierenden Mitgliedschaften vorhanden sind, werden zusätzliche Mitgliedervertreter hinzugewählt („weitere Mitgliedervertreter“). Die weiteren Mitgliedervertreter sollen auch die Interessen der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins repräsentieren. Für die weiteren Mitgliedervertreter gelten die übrigen Regelungen der Satzung entsprechend, sofern in diesem § 15a der Satzung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Anwendbarkeit von § 15 Nr. 2 Satz 2, 2. Alt. der Satzung setzt das Vorliegen eines wichtigen Grundes zur Abwahl voraus.
   a) Es sind so viele weitere Mitgliedervertreter hinzuzuwählen, dass das Verhältnis der weiteren Mitgliedervertreter zu den im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits vorhandenen Mitgliedervertretern des Vereins dem Verhältnis der verdienten Beiträge für eigene Rechnung des übertragenden Versicherungsvereins zu den verdienten Beiträgen für eigene Rechnung des Vereins entspricht („Mindestzahl“). Zur Bestimmung der verdienten Beiträge für eigene Rechnung ist der jeweils letzte geprüfte Jahresabschluss des übertragenden Versicherungsvereins und des Vereins maßgeblich. Dabei ist die Anzahl der weiteren Mitgliedervertreter unter Berücksichtigung der Grundsätze der kaufmännischen Rundung zu bestimmen. Dezimalstellen werden in gleicher Weise gerundet.
   b) Zum weiteren Mitgliedervertreter kann nur gewählt werden, wer im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins war. Bei der Wahl der weiteren Mitgliedervertreter darf die in § 15 Nr. 1 der Satzung enthaltene Höchstzahl an Mitgliedervertretern zur Erreichung der Mindestzahl gemäß lit. a) überschritten werden. Die weiteren Mitgliedervertreter werden für eine Amtszeit von längstens 12 Jahren, gerechnet ab Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins, gewählt. Die Amtszeit der weiteren Mitgliedervertreter endet bereits früher, wenn ihre Mitgliedschaft gemäß § 3 Nr. 2 der Satzung endet.
   c) Scheidet ein weiterer Mitgliedervertreter vor Ablauf der Amtszeit gemäß lit. b) aus, so ist nur dann ein neuer weiterer Mitgliedervertreter nachzuwählen, wenn die gemäß lit. a) ermittelte Mindestzahl durch das Ausscheiden unterschritten wird. Wählbar sind nur Personen, die im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins waren. Die Amtszeit eines nachgewählten weiteren Mitgliedervertreters endet mit dem Ablauf der Amtszeit der übrigen weiteren Mitgliedervertreter, spätestens aber nach Ablauf von 12 Jahren nach Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins.
2. Jeder Mitgliedervertreter des Vereins, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins auch Mitgliedervertreter des übertragenden Versicherungsvereins war, wird zum „Doppelrepräsentanten“. Abweichend von Nr. 1 wird für jeden Doppelrepräsentanten kein weiterer Mitgliedervertreter hinzugewählt. Sämtliche Doppelrepräsentanten repräsentieren für die Dauer von 12 Jahren ab Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins auch die Interessen der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins in der Mitgliedervertreterversammlung. Dieses Recht endet bereits vor Ablauf von 12 Jahren, wenn die Mitgliedschaft eines Doppelrepräsentanten gemäß § 3 Nr. 2 der Satzung endet. Für die Doppelrepräsentanten gelten die übrigen Regelungen der Satzung entsprechend, sofern in diesem § 15a der Satzung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Anwendbarkeit von § 15 Nr. 2 Satz 2, 2. Alt. der Satzung setzt das Vorliegen eines wichtigen Grundes zur Abwahl voraus. Scheidet vor Ablauf von 12 Jahren nach Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins ein Doppelrepräsentant aus, so ist ein weiterer Mitgliedervertreter nachzuwählen, wenn die gemäß Nr. 1 lit. a) ermittelte Mindestzahl durch das Ausscheiden unterschritten wird. Im Übrigen gilt Nr. 1 lit. c) Satz 2 und 3 entsprechend.
3. Zur Wahrung der Rechte der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins sind bis zum Ablauf der Amtszeit der weiteren Mitgliedervertreter bzw. solange den Doppelrepräsentanten das Recht gemäß Nr. 2 Satz 3 zusteht,

sämtliche Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung, die mindestens einer Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen bedürfen, nur dann wirksam, wenn mehr als ein Viertel der bei der Beschlussfassung anwesenden weiteren Mitgliedervertreter und/oder Doppelrepräsentanten dem jeweiligen Beschluss zugestimmt hat.

§ 16 Aufgaben der Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung nimmt den Jahresabschluss, den Lagebericht des Vorstandes und den Bericht des Aufsichtsrates sowie den Konzernabschluss und den Konzernlagebericht entgegen.
2. Die Mitgliedervertreterversammlung beschließt insbesondere über:
   a) Entlastung der Mitglieder des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
   b) Wahl derjenigen Aufsichtsratsmitglieder, die nach den gesetzlichen Bestimmungen von der Mitgliedervertreterversammlung und nicht von den Arbeitnehmern zu wählen sind, sowie deren Abberufung,
   c) Wahl und Abberufung der Mitglieder der Mitgliedervertreterversammlung,
   d) Änderungen der Satzung,
   e) Verwendung der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß § 24 Nr. 4 der Satzung,
   f) Vergütungen für die Mitglieder des Aufsichtsrates und
   g) Auflösung oder Verschmelzung des Unternehmens.

§ 17 Einberufung der Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Einberufung der Mitgliedervertreterversammlung erfolgt durch den Vorstand im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates. Sie erfolgt spätestens einen Monat vor dem Tage der Versammlung schriftlich und durch Bekanntmachung gemäß § 4 der Satzung unter Angabe der Firma, des Sitzes des Unternehmens, der Zeit, des Ortes und der Tagesordnung nach den gesetzlichen Vorschriften.
2. Weitere Mitgliedervertreterversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder des Vorstandes oder auf begründeten, an den Vorsitzenden des Aufsichtsrates zu richtenden schriftlichen Antrag von mindestens vier Mitgliedervertretern einberufen werden. § 15 Nr. 4 und § 17 Nr. 1 der Satzung finden entsprechende Anwendung.

§ 18 Teilnahme an der Mitgliedervertreterversammlung

Zur Teilnahme an der Mitgliedervertreterversammlung sind nur die gewählten Mitgliedervertreter befugt. Stellvertretung ist ausgeschlossen. Aufsichtsrat und Vorstand nehmen an der Versammlung teil; sie sind nicht stimmberechtigt.

§ 19 Vorsitz in der Mitgliedervertreterversammlung

Den Vorsitz in der Mitgliedervertreterversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates, im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter oder – falls dieser verhindert ist – der Vorsitzende des Vorstandes.

§ 20 Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitgliedervertreter anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit wird innerhalb von sechs Wochen eine weitere Mitgliedervertreterversammlung einberufen, die ohne Rücksicht auf die Zahl der Anwesenden beschließt.
2. Die Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Wahlen entscheidet im Falle der Stimmengleichheit das vom Vorsitzenden der Mitgliedervertreterversammlung zu ziehende Los.
   Änderungen der Satzung können nur mit Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen beschlossen werden.
3. Über die Form der Abstimmung entscheidet die Mitgliedervertreterversammlung.

§ 21 Niederschrift über die Mitgliedervertreterversammlung

Über die Mitgliedervertreterversammlung ist eine Niederschrift zu fertigen.

§ 22 Minderheitsrechte

Soweit das Gesetz einer Minderheit Rechte gewährt, stehen diese einer Minderheit von vier Mitgliedervertretern zu.

§ 23 Anträge zur Beschlussfassung

Anträge zur Beschlussfassung (u. a. Vorschläge zur Ergänzungswahl von Mitgliedervertretern), die von mindestens einhundert Mitgliedern unterzeichnet sind und spätestens zwei Monate vor der Mitgliedervertreterversammlung dem Vorstand zugehen, müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Die Antragsteller sind berechtigt, aus ihrer Mitte einen Sprecher zu benennen, der den Antrag in der Mitgliedervertreterversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher nicht teil.

§ 24 Rechnungswesen, Jahresabschluss

1. Für die Buchführung, den Jahresabschluss und den Lagebericht sowie die Prüfung und Bekanntmachung des Jahresabschlusses gelten die gesetzlichen Vorschriften und die von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätze.
2. Das Unternehmen bildet eine Verlustrücklage in Höhe von mindestens einem Zwanzigstel der tariflichen Leistungen der beiden letzten Geschäftsjahre. Der Verlustrücklage sind bis zur Erreichung dieser Höhe jährlich wenigstens fünf vom Hundert der Summe aus Jahresüberschuss und Zuführung zur Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen. Außerdem können als Eigenkapital auch andere Gewinnrücklagen gebildet werden. Dem Eigenkapital soll mindestens der Betrag zugeführt werden, der nach den Vorschriften des Körperschaftsteuergesetzes nicht steuerfrei in die Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt werden kann.
3. Der Jahresabschluss ist in der Weise aufzustellen, dass der von dem Geschäftsergebnis nach Einstellung in das Eigenkapital verbleibende Überschuss in voller Höhe der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zugewiesen wird. Die dieser Rückstellung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Versicherten verwendet werden.
4. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, die nach Nr. 3 gebildet worden ist, erfolgt u. a. in Form von Auszahlungen, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen.
5. Das Unternehmen ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit über sie nicht zugunsten der Versicherten bereits beschlossen worden ist, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

§ 25 Vermögensanlage

Die Anlage des Vermögens des Unternehmens erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen.

§ 26 Satzungsänderungen und Einführung oder Änderungen von Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Satzungsänderungen, die Bestimmungen über Namen, Sitz, Geschäftsgebiet, Gegenstand des Unternehmens,

Mitgliedschaft, Bekanntmachungen, Geschäftsjahr, Organe, Rechnungswesen, Jahresabschluss, Vermögensanlagen und Auflösung betreffen, haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse.

2. Der Vorstand ist ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates Allgemeine Versicherungsbedingungen einzuführen oder zu ändern. Über ein solches Vorhaben informiert der Vorstand die Mitgliedervertreter, bevor er den Aufsichtsrat um Zustimmung bittet.

§ 27 Auflösung

1. Über die Auflösung des Unternehmens kann nur beschlossen werden, wenn in einer zu diesem Zweck einberufenen Mitgliedervertreterversammlung mindestens zwei Drittel der Mitgliedervertreter anwesend sind und mindestens drei Viertel der stimmberechtigten Mitgliedervertreter für die Auflösung stimmen.
2. Ist die Versammlung nicht beschlussfähig, so ist eine weitere Versammlung einzuberufen, die dann ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Stimmberechtigten mit einer Mehrheit von drei Vierteln der Erschienenen beschließen kann.
3. Im Falle der Auflösung bestellt die Mitgliedervertreterversammlung die Abwickler und regelt deren Vergütung. Sie bestimmt auch über die Verteilung des restlichen Vermögens. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
vom 26.07.2022,
Geschäftszeichen: VA 36 – I 5002/00074#00003

Informationen zum Versicherungsvertrag, Widerrufsbelehrung

1. Identität und Anschriften des Versicherers

Die Versicherung wird bei der Continentale Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Dortmund abgeschlossen. Es handelt sich um einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der unter der Nummer B 2271 beim Handelsregister des Amtsgerichts Dortmund eingetragen ist.

Die Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift lautet:
Continentale Krankenversicherung a.G.
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,
Dr. Thomas Niemöller, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

2. Hauptgeschäftstätigkeit und Garantiefonds

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Continentale Krankenversicherung a.G. ist der Betrieb einer Krankenversicherung.

Die Continentale Krankenversicherung a.G. gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74, 50968 Köln an.

3. Versicherungsbedingungen, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ((RB/BKV 2020) und Teil II Tarif mit Tarifbedingungen sowie ggf. Besondere Bedingungen). Art und Umfang der Versicherungsleistung sind in den Tarifen mit Tarifbedingungen geregelt. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen. Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.

Welches Gericht ggf. zuständig ist, wird in § 22 der Rahmenbedingungen (RB/BKV 2020) geregelt.

4. Beitragshöhe und zusätzliche Kosten

Der monatliche Gesamtbeitrag ist den Unterlagen zu entnehmen. Zusätzlich können weitere Kosten und Gebühren bei Rückläufern im Lastschriftverfahren in der Regel zwischen 10,00 und 20,00 Euro – abhängig vom Kreditinstitut – entstehen.

5. Beitragszahlung

Für die Beitragszahlung stehen verschiedene Zahlungswege (z. B. Beitragseinzug über SEPA-Lastschriftmandat) und unterschiedliche Zahlungsweisen (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) zur Wahl.

6. Zustandekommen des Vertrags und Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Anmeldung der zu versichernden Person durch den Versicherungsnehmer zum Kollektivversicherungsvertrag, jedoch nicht vor dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor Abschluss des Kollektivversicherungsvertrages.

Die Einzelheiten sind in § 3 der Rahmenbedingungen (RB/BKV 2020) aufgeführt.

7. Bindungsfrist für die Anmeldung

Die Bindungsfrist für die Anmeldung durch den Versicherungsnehmer beträgt sechs Wochen. Sie beginnt mit dem vollständigen Zugang sämtlicher, zur abschließenden Bearbeitung der Anmeldung benötigten, Unterlagen beim Versicherer. Endet diese Frist, ohne dass wir die Anmeldung angenommen haben, sind Sie nicht mehr an diese gebunden. Daneben bleibt es Ihnen unbenommen, Ihre Vertragserklärung zu widerrufen.

8. Vertragslaufzeit

Der Kollektivversicherungsvertrag wird zunächst für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres in Textform gekündigt wird.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an und endet am 31. Dezember desselben Jahres. Von da an entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr.

9. Ihre Möglichkeiten der Vertragsbeendigung

Zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kann der Versicherungsnehmer die Versicherung unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten ordentlich kündigen. Ferner kann der Versicherungsnehmer die Versicherung beispielsweise bei einer Beitragserhöhung vorzeitig außerordentlich kündigen.
Eine Übersicht der Kündigungsrechte ist in § 16 und § 18 der Rahmenbedingungen (RB/BKV 2020) enthalten.

10. Vertragssprache

Die Versicherungsbedingungen sind in deutscher Sprache abgefasst. Die Kommunikation mit Ihnen erfolgt ebenfalls in deutscher Sprache.

11. Außergerichtliche Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie einmal einen Grund zur Beschwerde haben sollten, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Ansprechpartner.

Selbstverständlich können Sie sich auch an den Vorstand wenden (Namen und Anschriften siehe oben Ziffer 1).

Zur Schlichtung von Streitigkeiten kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Für Beschwerden über den Versicherer steht Ihnen auch als zuständige Aufsichtsbehörde die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de zur Verfügung.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu bestreiten, wird durch die Nutzung einer oder mehrerer der dargestellten Beschwerdemöglichkeiten nicht berührt.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Continentale Krankenversicherung a.G.
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der wie folgt errechnet werden kann: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/30 der monatlichen Beitragsrate. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;

4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Stand: 01.01.2022

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Datenschutzhinweise

Datenschutzhinweise bei Abschluss des Vertrages

Sie finden die Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte auf den folgenden Seiten in diesem Dokument und, wie auch weitere Informationen zum Datenschutz, unter www.continentale.de/datenschutz.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Bearbeitung Ihrer Anmeldung und zur Durchführung des Versicherungsvertrages müssen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G., auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben oder an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z. B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G.

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung.

In der Leistungsprüfung können Gesundheitsdaten vollautomatisiert verarbeitet werden. Wir prüfen dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

> Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten verarbeitet.
>
> Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten (Risiko- und Leistungsprüfung)

Für die Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Solche Stellen können z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Personenversicherer und Behörden sein. Außerdem kann es zur Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir durch Anfragen bei diesen Stellen die Angaben über Ihre Gesundheit prüfen, die Sie machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Gutachten oder Mitteilungen eines Arztes) ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere der Schweigepflicht unterliegende Informationen weitergegeben werden müssen.

> Ich wünsche, dass mich die Continentale Krankenversicherung a.G. in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
>
> - der Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. zustimme, die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Krankenversicherung a.G. einwillige
> - oder die erforderlichen Unterlagen selbst vorlege.
>
> Mir ist bekannt, dass dies zu einer verzögerten Bearbeitung meines Anliegens führen kann.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.

Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G. weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z. B. an medizinische Gutachter und Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtentbindung zur Bearbeitung Ihrer Anliegen zwingend.

3.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung, Vertragsverwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbundes oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufende aktualisierte Liste über Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter www.continentale.de/datenschutz. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

> Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Continentale Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte.

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihre Anmeldung oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer uns aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder

Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer / Kollektivversicherungspartner

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an den Versicherungsnehmer / Kollektivversicherungspartner weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag dem Versicherungsnehmer / Kollektivversicherungspartner zur Kenntnis gegeben werden.

Im Laufe eines Versicherungsvertrages kann es vorkommen, dass der Versicherungsnehmer / Kollektivversicherungspartner Daten zum Vertrag erhält. Übermittelt werden dabei Informationen zur steuerlichen Berücksichtigung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und, soweit erforderlich, der Versicherungsschein.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den Versicherungsnehmer / Kollektivversicherungspartner übermitteln darf. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Versicherungsvermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihre Anmeldung angenommen werden kann.

Der Versicherungsvermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Versicherungsvermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Versicherungsvermittler kommen. Sie werden in diesem Fall vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten an den neuen Versicherungsvertreter informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen. Dies gilt auch für eine Übertragung von einem Versicherungsmakler auf einen Versicherungsvertreter. Für die Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen anderen Versicherungsmakler gilt dies nur, sofern der neue Versicherungsmakler dem Versicherungsunternehmen noch keine Maklervollmacht vorgelegt hat und eine Datenübermittlung erforderlich ist. In diesem Fall benötigen wir auch Ihre Schweigepflichtentbindung.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvermittler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrages kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert hat (sog. Abschlussvermittler), und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z. B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrages mit uns oder aufgrund unserer oder Ihrer Entscheidung, dass ein anderer Versicherungsvermittler Ihren Vertrag betreuen soll).

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. an Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages – soweit erforderlich – übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

4. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen verweisen wir auf die Angaben in den vorstehenden Bausteinen. Wir weisen nochmals klarstellend da-

rauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung im Fall der Ziffern 2.1 und 3.1 bis 3.5 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrags ist nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung bei der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen.

Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 3.1 nach Begründung des Versicherungsvertrags unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessensabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren. Ist ein sonstiger Widerruf treuwidrig oder wird dadurch die weitere Vertragsdurchführung unmöglich, können wir einen solchen Widerruf nicht berücksichtigen.

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Risikoträger

Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Vorstand:
Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,
Dr. Thomas Niemöller, Alf N. Schlegel

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

Datenschutzhinweise

1. Allgemeines

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.continentale.de/datenschutz.

2. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung / Kontakt zum Datenschutzbeauftragten

Continentale Krankenversicherung a.G. I Ruhrallee 92 I
44139 Dortmund
Telefon: 0231/919-0 I E-Mail: info@continentale.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - unter der o. g. Anschrift oder per E-Mail unter datenschutz@continentale.de.

3. Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.continentale.de/datenschutz abrufen.

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der Continentale Krankenversicherung a.G. bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, Gesundheitsvorsorge oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebes,
- zur Aktualisierung von Adressdaten unserer Kunden und Interessenten,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftraten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch innerhalb des Unternehmens sowie des Continentale Versicherungsverbunds auf Gegenseitigkeit insgesamt hindeuten können
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Produkten, Dienstleistungen und Prozessen,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit insgesamt.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht). Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie darüber zuvor informieren, soweit Sie nicht bereits über diese Informationen verfügen (Art. 13 Abs. 4 DS-GVO) oder eine Information gesetzlich nicht erforderlich ist (Art. 13 Abs. 4 und Art. 14 Abs. 5 DS-GVO).

4. Kategorien und Einzelne Stellen von Empfängern der personenbezogenen Daten

4.1 Spezialisierte Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Innerhalb unseres Versicherungsverbundes nehmen spezialisierte Unternehmen oder Bereiche bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unseres Verbundes besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral oder dezentral durch ein oder mehrere Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. Die Unternehmen, die eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen, können Sie der Liste der Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit im Anhang zu diesen Hinweisen entnehmen.

4.2 Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie jeweils aktuell unseren Datenschutzhinweisen unter www.continentale.de/datenschutz entnehmen.

4.3 Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

4.4 Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihres Versicherungsvertrags von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsfalldaten. Auch übermittelt unser Unternehmen solche Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

4.5 Datenaustausch mit Versicherern

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Angabe von vorvertraglichen Versicherungsverläufen) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern erfolgen.

4.6 Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich diese weiterer Rückversicherer, denen Sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Leistungsfall machen können, ist es möglich, dass wir ihnen Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag vorlegen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um ein schwer einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- und Leistungsprüfung unterstützen. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendigen Umfanges. Zu den genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) werden Sie durch uns unterrichtet.

4.7 Datenübermittlung an Auskunfteien

Wir übermitteln die, im Rahmen der Begründung dieses Vertragsverhältnisses erhobenen, personenbezogene Daten zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden und an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Abs. 1 lit. b) und Artikel 6 Abs. 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die Auskunfteien verarbeiten die erhaltenen Daten und verwenden sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der oben genannten Auskunfteien können Sie den Informationsblättern der SCHUFA unter www.schufa.de/datenschutz und der infoscore Consumer Data GmbH unter https://finance.arvato.com/de/verbraucher/selbstauskunft.html entnehmen.

4.8 Adressaktualisierung

Zur Aktualisierung unserer Adressbestände erhalten wir Adressdaten auftragsbezogen von der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Am Anger 33, 33332 Gütersloh. Erhalten wir dabei zu Ihrer Person eine neue Anschrift, ändern wir Ihre Adressdaten bei uns entsprechend. Eine gesonderte Information zu derartigen Adressänderungen erfolgt nicht.

4.9 Bonitätsauskunft zur Wahrung berechtigter Interessen

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten wirtschaftlichen Interessen notwendig ist, fragen wir bei Bonitätsdienstleistern Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

5. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf von uns vorher festgelegten Regeln und Gewichtung der Informationen. Die Regeln richten sich unter anderem nach unseren Annahmegrundsätzen, gesetzlichen und vertraglichen Regelungen sowie den vereinbarten Tarifen. Des Weiteren kommen versicherungsmathematische Kriterien und Kalkulationen je nach Entscheidung zur Anwendung.

Wenn beispielsweise im Zusammenhang mit dem Abschluss eines Versicherungsvertrages eine Bonitätsprüfung erfolgt, entscheidet unser System in bestimmten Fällen aufgrund der erhaltenen Informationen vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über Modalitäten zu der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Wir nutzen die automatisierte Entscheidung im Zusammenhang mit der Bonitätsprüfung, um uns und die Versichertengemeinschaft vor möglichen Zahlungsausfällen und deren Folgen zu schützen.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (z. B. zum Versicherungsumfang, Selbstbehaltsvereinbarungen, Prämienzahlung) sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltene Informationen, entscheiden wir unter Umständen vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht sowie die Höhe der Leistung, Bonifikationen und Zusatzdienstleistungen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf den zuvor beschriebenen Regeln.

Soweit wir eine vollautomatisierte Einzelfallentscheidung in den zuvor beschriebenen Fällen ohne menschliche Einflussnahme abschließend durchgeführt haben, werden Sie mit unserer Mitteilung der Entscheidung darauf hingewiesen. Sie haben das Recht, zum Beispiel über unsere Service-Hotline, weitere Informationen sowie eine Erklärung zu dieser Entscheidung zu erhalten und sie durch einen Mitarbeiter von uns überprüfen zu lassen. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde. Vollautomatisierte Einzelfallentscheidungen, die ein Mitarbeiter von uns für seine abschließende Entscheidung nur zu einem untergeordneten Teil berücksichtigt hat, sind ebenfalls nicht betroffen.

6. Datenübermittlung in ein Drittland

Zur Prüfung und Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtung im Versicherungsfall kann es erforderlich sein, im Einzelfall Ihre personenbezogenen Daten an Dienstleister weiterzugeben. Bei einem Versicherungsfall außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) kann es zu diesem Zweck erforderlich sein, dass wir oder unsere Dienstleister in Ihrem Interesse Ihre Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) geben müssen. Wir und unsere Dienstleister übermitteln Ihre Daten planmäßig nur, wenn diesem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind, oder die Übermittlung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht.

7. Dauer der Speicherung Ihrer Daten

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

8. Betroffenenrechte

8.1 Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung oder Herausgabe

Sie können uns gegenüber Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

8.2 Widerspruchsrecht

Sie haben uns gegenüber jederzeit das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung jederzeit formlos zu widersprechen (Art. 21 Abs. 2 DSGVO).

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie uns gegenüber dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen (Art. 21 Abs. 1 DSGVO).

8.3 Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an unseren Datenschutzbeauftragten oder an die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 38424-0
Telefax: 0211 / 38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

9. Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen, z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung erhalten Sie unter www.continentale.de/datenschutz.

10. Anhang

10.1 Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit, die untereinander auch als Auftragnehmer und Kooperationspartner tätig werden und eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen

Continentale Krankenversicherung a.G.	Rechenzentrum, Rechnungswesen, Inkasso, Exkasso, Forderungseinzug, Recht, Kommunikation, Beschwerdebearbeitung, Qualitätsmanagement, Statistiken, Medizinischer Beratungsdienst, Revision, Betriebsorganisation, Empfang/Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Aktenentsorgung, Druck- und Versanddienstleistungen, zentrale Datenverarbeitung
Continentale Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), Darlehensverwaltung, zentrale Datenverarbeitung
Continentale Sachversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
EUROPA Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
EUROPA Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
Mannheimer Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung

10.2 Liste der Dienstleister der Continentale Krankenversicherung a.G.

Für jede Datenverarbeitung, Datenerhebung und Datenübermittlung wird im Einzelfall geprüft, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Eine automatische Datenübermittlung an jeden der in den Listen genannten Dienstleister erfolgt nicht.

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags	
Einzelne Stellen als Auftragnehmer und Kooperationspartner	**Übertragene Aufgaben, Funktionen**
Continentale Business Services GmbH	Rechnungswesen in Österreich (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Adressaktualisierung
Dortmunder Allfinanz Versicherungs-vermittlungs-GmbH	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
MD Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH	Telefonservice im Gesundheitsservice und Demand-Management
PAV Card GmbH	Erstellung von Versicherten-Karten
Poolrevision des PKV-Verbandes	Überprüfung zur Regelungseinhaltung sowie Erstellung von Vertrags- und Leistungsstatistiken zur Pflegepflichtversicherung, zum Standard- und zum Basistarif

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden	
Kategorien von Auftragnehmern und Kooperationspartnern	**Übertragene Aufgaben, Funktionen**
Adressermittler	Adressprüfung
Akten- und Datenvernichter	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
Assisteure	Telefonservice, Durchführung und Vermittlung von Assistance-Leistungen
Auskunfteien und Bonitätsdienstleister	Wirtschaftsauskünfte, Identitäts- und Bonitätsprüfungen (SCHUFA, infoscore Consumer Data GmbH und andere)
Cloud-Dienstleister	Hosten von Servern / Web-Diensten
Gutachter, Sachverständige und Ärzte	Belegprüfung; Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen
Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug, Prozessführung
IT-Dienstleister	Wartungs- und Servicearbeiten
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen
Kreditinstitute	Einzug der Versicherungsprämien, Leistungs- und Schadenauszahlungen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Rehabilitationsdienste	Hilfs- und Pflegeleistungen
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung
Sanitätshäuser	Hilfsmittelversorgung
Übersetzer	Übersetzung
Vermittler	Angebotserstellung, Antrags- und Risikoprüfung, Postservice inklusive Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung

Stand: 01/2022

Datenschutzhinweise für Benutzer des Portals ConCORP

Informationen für Benutzer des ConCORP-Portals der Continentale Krankenversicherung a.G.

1. Allgemeines

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Unternehmen im Continentale Versicherungsverbund auf Gegenseitigkeit, die das ConCORP-Portal betreiben, sowie die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

2. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung / Kontakt zum Datenschutzbeauftragten

Verantwortlich für den Internetauftritt und die damit im Zusammenhang stehenden Datenverarbeitungen ist das nachfolgend genannte Unternehmen:

Continentale Krankenversicherung a.G. I Ruhrallee 92 I
44139 Dortmund
Telefon: 0231 919-0 I E-Mail: info@continentale.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - jeweils unter den o. g. Anschriften oder per E-Mail unter datenschutz@continentale.de

3. Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

3.1 Webseite

Der Besuch unserer Webseite ist ohne die Verarbeitung personenbezogenen Daten nicht möglich.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Datenschutzvorschriften, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Bei einem Besuch unserer Webseite erfassen wir automatisch allgemeine Informationen von Ihnen. Hierzu zählen die Art des Webbrowser, das verwendete Betriebssystem, der Domainname Ihres Internet-Service-Providers, Ihre IP-Adresse und ähnliche Informationen. Einen Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich. Die Verarbeitung dieser Informationen ist zu folgenden Zwecken erforderlich:

- zur Sicherstellung eines problemlosen Verbindungsaufbaus der Webseite,
- zur Sicherstellung der reibungslosen Funktionalität sowie Optimierung unseres Angebots auf unserer Webseite sowie der hinter der Webseite stehenden Technik,
- zur Auswertung der Systemsicherheit und -stabilität,
- zur statistischen Auswertung,
- zu weiteren administrativen Zwecken.

Eine Zusammenführung dieser Daten mit anderen Datenquellen wird nicht vorgenommen. Die Verarbeitung erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO auf Basis unseres berechtigten Interesses.

Für die Anmeldung in unserem ConCORP-Portal erheben wir die für die Anmeldung erforderlichen personenbezogenen und personenbeziehbaren Anmeldedaten, ohne die eine Nutzung des Portals nicht möglich wäre. Grundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO, der die Verarbeitung von Daten zur Erfüllung eines Vertrags oder vorvertraglicher Maßnahmen gestattet.

3.2 Cookies

Für die Anmeldung in unserem ConCORP-Portal verwenden wir einen so genannten „Cookie“. Bei einem Cookie handelt es sich um kleine Textdatei, die auf Ihrem Endgerät (Laptop, Tablet, Smartphone o.ä.) gespeichert wird, wenn Sie unsere Webseite besuchen.

Für die An- und Abmeldung in unserem ConCORP-Portal verwenden wir ausschließlich einen streng funktionalen Cookie. Internet-Browser sind regelmäßig so eingestellt, dass sie Cookies akzeptieren. Haben Sie die Verwendung von Cookies über die Einstellungen Ihres Browsers deaktiviert, können Sie das ConCORP-Portal voraussichtlich nicht nutzen. Bitte verwenden Sie die Hilfefunktionen Ihres Internetbrowsers, um zu erfahren, wie Sie diese Einstellungen wieder ändern können.

Es kommt folgender Session-Cookie auf dem ConCORP-Portal zum Einsatz: phpsessid

Weitere Cookies, zum Beispiel zu statistischen Zwecken oder zu Marketingzwecken, werden nicht eingesetzt.

3.3 SSL-Verschlüsselung

Um die Sicherheit Ihrer Daten bei der Übertragung zu schützen, verwenden wir dem aktuellen Stand der Technik entsprechende Verschlüsselungsverfahren (z. B. SSL) über HTTPS.

3.4 Weitergabe von Daten an Empfänger

Wir geben Ihre Daten grundsätzlich nicht an Dritte weiter.

Wir setzen jedoch ggf. Dienstleister für den Betrieb dieses Portals ein. Hier kann es vorkommen, dass ein Dienstleister Kenntnis von personenbezogenen Daten erhält. Wir wählen unsere Dienstleister sorgfältig – insbesondere im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit – aus und treffen alle datenschutzrechtlich erforderlichen Maßnahmen für eine zulässige Datenverarbeitung.

3.5 Datenverarbeitung außerhalb der Europäischen Union

Eine Datenverarbeitung außerhalb der europäischen Union findet grundsätzlich nicht statt.

4. Dauer der Speicherung Ihrer Daten

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten nach Beendigung der Internetsitzung (Session).

5. Betroffenenrechte

5.1 Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung oder Herausgabe

Sie können gegenüber dem oben genannten Unternehmen Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

5.2 Widerrufsrecht

Das ConCORP-Portal ist ohne Einwilligung von Ihnen nutzbar.

5.3 Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an unseren Datenschutzbeauftragten oder an die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen Telefon: 0211 38424-0
Postfach 20 04 44 Telefax: 0211 38424-10
40102 Düsseldorf E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

6. Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Hinweise können aufgrund von Änderungen, z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung erhalten Sie im ConCORP-Portal.

Stand: Dezember 2021

Einwilligungserklärung arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung (Schweigepflichtentbindungserklärung und Datenschutzhinweise)

Angaben zur versicherten Person – arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung ConCEPT

Firma: _____ **Vertragsnummer** _____

☐ Frau ☐ Herr

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____

E-Mail-Adresse (notwendig zur Nutzung des Onlineportals ConCORP)

_____

Schweigepflichtentbindungserklärung und Datenschutzhinweise

Mit meiner Unterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein. Mit diesen Erklärungen erhalten Sie das Formular „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Datenschutzhinweise", welches Bestandteil der Anmeldung zum Kollektivversicherungsvertrag ist. Bevor Sie diese Erklärung unterschreiben, lesen Sie bitte den Text dieses Formulars.

Sie enthält die

- **Datenschutzhinweise bei Abschluss des Vertrages**
- **Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung:**

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G.
2. Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten (Risiko- und Leistungsprüfung)
3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.

3.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherer

3.3. Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer / Kollektivversicherungspartner

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

4. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil Ihrer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung.
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie das Formular „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Datenschutzhinweise" erhalten und die darin enthaltenen Erklärungen zur Kenntnis genommen haben sowie die dazugehörigen Einwilligungen erteilen.

Schlusserklärung und Unterschriften

Bitte lesen Sie auch die Informationen und Datenschutzhinweise, welche in dem Formular „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie Datenschutzhinweise" enthalten sind und Bestandteil der Anmeldung werden. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Datenschutzhinweise und Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Inhalt der Anmeldung.

	✘	✘
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahren	ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (versicherte Person jünger 18 Jahre)

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, die Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

7e.1370/03.23