



Allgemeine Versicherungsbedingungen der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung für den BudgetSelect inkl. Zahnersatz - Tarif BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b (BKV201_202208)

Teil II Tarifbedingungen des Tarifs BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b inkl. Leistungsumfang

Dieser Teil II ist gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Bedingungen der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Ihr Arbeitgeber hat eine Rahmenvereinbarung über eine betriebliche Krankenversicherung mit uns, der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, geschlossen. Die folgenden Tarifbedingungen sind Grundlage des Vertragsverhältnisses. Sie profitieren von den nachfolgend aufgeführten Leistungsinhalten. Sie sind als versicherte Person im Folgenden direkt angesprochen. Falls eine Regelung lediglich für Ihren Arbeitgeber als Versicherungsnehmer relevant ist, ist das im Text entsprechend formuliert.

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|--|---|
| 1. Wer kann in Tarif BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b versichert werden? | 5. Wann leisten wir nicht oder nur begrenzt? |
| 2. Was passiert, wenn diese Voraussetzungen nicht mehr gelten? | 6. Was gilt für den Versicherungsschutz, wenn Sie vorübergehend keinen Entgeltanspruch haben? |
| 3. Welche Leistungen erbringen wir in Tarif BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b? | 7. Wann besteht vollständiger Versicherungsschutz ohne Beitragszahlung? |
| 4. Welchen Leistungsanspruch haben Sie, wenn Ihr Arbeitgeber vom Pandemie-Schutz Gebrauch macht? | 8. Wann besteht ein nur eingeschränkter Versicherungsschutz ohne Beitragszahlung? |

1. Wer kann im Tarif BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b versichert werden?

Sie können in den genannten Tarifen versichert sein, solange zwischen Ihrem Arbeitgeber und uns eine Rahmenvereinbarung über eine betriebliche Krankenversicherung besteht. Außerdem müssen Sie Ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland, beachten Sie bitte die Regelungen in Teil I Ziffer 10 der AVB.

Welche Budgetstufe Ihr Arbeitgeber für Sie mit uns vereinbart hat, entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein (BudZ3b = 300 EUR Budget; BudZ6b = 600 EUR Budget; BudZ9b = 900 EUR Budget; BudZ1b = 1.200 EUR Budget).

Die jeweilige Budgetstufe gibt die maximale Erstattung im Kalenderjahr an, siehe Punkt 3.1.

2. Was passiert, wenn diese Voraussetzungen nicht mehr gelten?

Besteht zwischen Ihrem Arbeitgeber und uns keine Rahmenvereinbarung über die betriebliche Krankenversicherung mehr oder scheiden Sie aus dem Arbeitsverhältnis aus, können Sie innerhalb von 3 Monaten nach Kenntnis beantragen, den Vertrag in der gleichen Budgetstufe im Einzelversicherungstarif (BudZ3 bzw. BudZ6 bzw. BudZ9 bzw. BudZ12) ohne Unterbrechung als Versicherungsnehmer fortzusetzen. Tarif BudZ3 bzw. BudZ6 bzw. BudZ9 bzw. BudZ12 enthält die gleichen Leistungsinhalte wie Tarif BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b, allerdings ohne die Möglichkeit der Beitragsfreistellung (siehe Punkte 6 bis 8). Es gelten die für Tarif BudZ3 bzw. BudZ6 bzw. BudZ9 bzw. BudZ12 gültigen Beiträge. Über die Beendigung der Rahmenvereinbarung werden wir Sie informieren.

3. Welche Leistungen erbringen wir in Tarif BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b?

3.1 Welche Kosten erstatten wir und bis zu welchem Betrag?

Das jährliche Budget von

- 300 EUR im Budgettarif BudZ3b
- 600 EUR im Budgettarif BudZ6b
- 900 EUR im Budgettarif BudZ9b
- 1.200 EUR im Budgettarif BudZ1b

können Sie flexibel auf die folgenden Leistungen unter Punkt a) bis p) aufteilen.

Bitte beachten Sie, dass innerhalb des Budgets die Leistungen für Sehhilfen unter Punkt a) im Kalenderjahr auf das hälftige Budget begrenzt sind, also

- 150 EUR im Budgettarif BudZ3b
- 300 EUR im Budgettarif BudZ6b
- 450 EUR im Budgettarif BudZ9b
- 600 EUR im Budgettarif BudZ1b

Die unter Punkt a) bis p) aufgeführten Kosten übernehmen wir pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Kosten werden dabei dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie entstanden sind (Behandlungs- bzw. Bezugsdatum). Nach Ablauf eines Kalenderjahres haben Sie ab dem 01.01. des Folgejahres einen neuen Anspruch auf Leistungen.

Wurde der Höchstleistungsbetrag, d. h. das jeweilige Budget, innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, erfolgt keine weitere Erstattung für die unten aufgeführten Leistungen. Nicht voll beanspruchtes Budget kann nicht ins darauffolgende Kalenderjahr übertragen werden.

Sollte der Versicherungsbeginn unterjährig sein, haben Sie in diesem Kalenderjahr trotzdem den Anspruch auf das volle Budget.

Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

a) Sehhilfen

Wir erstatten die anfallenden Kosten für Sehhilfen (Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen, auch Sonnenbrillen mit Korrekturgläsern), die zum Ausgleich Ihrer Fehlsichtigkeit dienen, bis zur maximalen Erstattungshöhe des jeweiligen hälftigen jährlichen Budgets. Dies umfasst die erstmalige Ausstattung und die notwendige Änderung, Instandsetzung (Reparatur) und Ersatzbeschaffung von Sehhilfen. Eine Verordnung des Augenarztes ist nicht erforderlich. Bitte reichen Sie uns die Rechnung des Optikers unter Angabe der Dioptrienwerte ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

b) Laserverfahren

Wir erstatten die anfallenden Kosten für Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASEK, LASIK). Dies schließt Vor- und Nachuntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

c) Refraktiver Linsenaustausch

Wir erstatten die anfallenden Kosten für refraktiven Linsenaustausch (RLE). Dies schließt Vor- und Nachuntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).



d) Heilbehandlung durch Heilpraktiker

Wir erstatten die anfallenden Kosten für Untersuchungen und Behandlungen durch Heilpraktiker nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) bis zu den darin aufgeführten Höchstsätzen. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

e) Naturheilverfahren durch Ärzte

Wir erstatten die anfallenden Kosten für im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

f) Osteopathische Leistungen

Wir erstatten die anfallenden Kosten für osteopathische Leistungen, wenn diese

- medizinisch anerkannt sind, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- von einem Arzt auf einem Privat Rezept verordnet wurden.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

g) Vorsorge/individuelle Gesundheitsleistungen

Wir erstatten die anfallenden Kosten für die im Folgenden aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen/individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Im Rahmen der Allgemeinen Vorsorge:

- Glaukomvorsorge grüner Star
- Großer Gesundheits-Check
- Hirnleistungs-Check
- HIV-Test
- Lungen-Check - Lungenfunktionstest
- Osteoporosevorsorge per Knochendichtemessung - Osteodensitometrie
- Schilddrüsenvorsorge
- Schlaganfallvorsorge
- Sono-Check - Sonografie-Ultraschall der inneren Organe
- Hauttypbestimmung inklusive Hautfunktionstest
- Magenvorsorge per Helicobacter-Pylori-Test
- Prostatavorsorge PSA-Test

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge:

- Triple-Test
- Zusätzliche Sonografie
- Toxoplasmose-Test
- Nackentransparenzmessung
- Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese und FISH-Schnelltest)

Im Rahmen der Krebsvorsorge:

- Brustkrebsvorsorge per Mammografie
- Brustkrebsvorsorge per Ultraschall
- Darmkrebsvorsorge per Stuhltest und Darmspiegelung
- Große erweiterte Krebsvorsorge für die Frau
- Große erweiterte Krebsvorsorge für den Mann
- Hautkrebsvorsorge inklusive Video-Dermatoskopie

Im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenvorsorge:

- Augen-Check
- Gehör-Check
- J2 Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche
- Schielvorsorge
- U6a Vorsorgeuntersuchungen
- U9a/U9b Vorsorgeuntersuchungen

Kann sich dieser Vorsorgekatalog weiterentwickeln?

Die erstattungsfähigen Vorsorgeuntersuchungen werden von uns regelmäßig auf einen Anpassungsbedarf im Hinblick auf geänderte medizinische Standards überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders gegebenenfalls angepasst. Das gilt sowohl für Neukunden als auch für bestehende Verträge.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

h) Schutzimpfungen inklusive Impfstoff

Wir erstatten die anfallenden Kosten für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen sowie die Kosten für Malaria-Prophylaxe, Reiseschutzimpfungen nach der Reiseempfehlung der STIKO, Schutzimpfungen gegen FSME, Gelbfieber, Hepatitis, Tollwut und Typhus.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

i) Gesetzliche Zuzahlungen nach Sozialgesetzbuch (SGB V)

Wir erstatten die anfallenden Kosten folgender Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben:

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
- Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- stationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

j) Arznei- und Verbandmittel

Wir erstatten die anfallenden Kosten für Arznei- und Verbandmittel, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen medizinisch notwendig sind. Wir zahlen auch ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Zusammenfassend erkennen wir folgende Rezeptarten an:

- Kassenrezept,
- Privat Rezept,
- Rezept für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (z. B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

Die Arznei- oder Verbandmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet worden sein. Das Arzneimittel muss zugelassen, aus einer Apotheke bezogen worden und ein Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes sein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

k) Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Wir erstatten die anfallenden Kosten für ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel. Wir erkennen folgende Rezeptarten an:

- Kassenrezept
- Privat Rezept

Die Heil- und Hilfsmittel müssen von einem Arzt oder einem Heilpraktiker verordnet worden sein.

Zu Heilmitteln gehören z. B. medizinische Bäder, Massagen, Logopädie, Ergotherapie, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Zu Hilfsmitteln gehören z. B. Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen, orthopädische Schuhe, Einlagen und Kompressionsstrümpfe.

Wir erstatten auch die Kosten für die Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie die Kosten für Ihre notwendige Unterweisung in dem Hilfsmittelgebrauch.

Nicht versichert sind Kosten für:

- den Gebrauch des Hilfsmittels (z. B. Batterien),
- Hilfsmittel, zu deren Erstattung die soziale oder private Pflegeversicherung dem Grunde nach verpflichtet ist.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

l) Zahnprophylaxe

Wir erstatten die anfallenden Kosten für Zahnprophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung und Fissurenversiegelung).

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

m) Zahnbehandlung

Wir erstatten die anfallenden Kosten für medizinisch notwendige Wurzel- und Parodontosebehandlung (einschließlich Wurzelspitzenresektion, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime, Dentallasern).

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

n) Zahnaufhellende Maßnahmen

Wir erstatten die anfallenden Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching), welche in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden bzw. zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).



o) Zahnersatz inkl. Füllungen

Wir erstatten die anfallenden Kosten für

- Zahnkronen einschließlich Verblendungen (z. B. Veneers)
- Brücken
- Voll- und Teilprothesen
- Stützabutments
- Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Onlays und Overlays
- Implantologische Leistungen einschließlich implantatgetragener Zahnersatz
- Kunststofffüllungen, Komposit-Füllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsivfüllungen

Zu Zahnbehandlung und Zahnersatz zählen zudem:

- Die damit verbundenen Vor- und Nachbehandlungen
- Vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (inkl. funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen), die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz bzw. Zahnbehandlung erforderlich werden
- Die zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien
- Röntgenaufnahmen (2D oder 3D)
- Das Erstellen eines Heil- und Kostenplans

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

p) Kieferorthopädie aufgrund eines Unfalls

Wir erstatten die anfallenden Kosten für Kieferorthopädie, wenn die Behandlung infolge eines Unfalls notwendig ist. Ein Unfall liegt vor, wenn Sie als versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Zahn- oder Kieferfehlstellung erleiden.

Wir erstatten die Kosten für diese Behandlung einschließlich der damit verbundenen Vor- und Nachbehandlungen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen und zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

3.2 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Gibt es andere Kostenträger (Vorleistungen)?

Leistungen, auf die Sie als versicherte Person einen Anspruch haben, gegen einen anderen Kostenträger, z. B. die GKV, PKV oder ein anderer Erstattungsverpflichteter, sind Vorleistungen. Bitte nehmen Sie zuerst diese in Anspruch, damit Sie insgesamt eine höchstmögliche Erstattung, maximal bis zum vollen Rechnungsbetrag, erreichen. Sie werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 5.2).

Welche in Rechnung gestellten Beträge sind erstattungsfähig?

Die für Sie entstandenen Kosten sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) berechnet wurden. Bei osteopathischen Leistungen finden die entsprechenden Abrechnungsvorschriften Anwendung. Nach GOZ bzw. GOÄ abgerechnete Kosten erstatten wir auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung hinaus. Aufwendungen, die nach GebÜH berechnet werden, erstatten wir bis zum Höchstsatz.

Dies gilt im Hinblick auf die Höhe auch für Behandlungen im Ausland. Das bedeutet, dass wir höchstens die Kosten erstatten, die bei einer Behandlung in Deutschland entstanden wären.

3.3 Von wem dürfen Sie sich behandeln lassen?

Sie können unter den niedergelassenen, in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern frei wählen. Osteopathische Leistungen (siehe Punkt 3.1 f)) müssen von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Arzt, einem Physiotherapeuten oder einem sonstigen Leistungserbringer durchgeführt werden, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

3.4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? Sind Wartezeiten zu beachten?

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem Datum des Versicherungsbeginns, wenn Ihr Arbeitgeber den 1. Versicherungsbeitrag vollständig gezahlt hat. Der Versicherungsbeginn ist auf Ihrem Versicherungsschein angegeben. Es sind keine Wartezeiten zu beachten. Das schließt auch die Fortsetzung von bei Versicherungsbeginn bereits laufenden ärztlichen Behandlungen mit ein. Kosten, die in der Zeit vor dem Versicherungsbeginn angefallen sind, erstatten wir jedoch nicht, auch wenn sie nach Versicherungsbeginn in Rechnung gestellt wurden.

4. Welchen Leistungsanspruch haben Sie, wenn Ihr Arbeitgeber von der Aussetzung der Beitragszahlung bei einer Pandemie für den Tarif BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b (siehe Punkt 8) Gebrauch macht?

Ihr Arbeitgeber kann im Fall einer Pandemie für einen begrenzten Zeitraum die Aussetzung der Beitragszahlung für die Versicherung in Tarif BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b in Anspruch nehmen. Dies hat zur Folge, dass während dieses Zeitraums für Sie ein eingeschränkter Versicherungsschutz besteht. Das bedeutet: Wir erstatten nur die im Zeitraum der Beitragsfreistellung angefallenen Kosten für

- zum Beginn der Beitragsfreistellung bereits begonnene Behandlungen,
- Behandlungen, die zum Beginn der Beitragsfreistellung bereits medizinisch angeraten waren und deren Durchführung aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist,
- Behandlungen, die aufgrund eines Unfalls notwendig werden. Ein Unfall liegt vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper einwirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden. Ansonsten besteht kein Versicherungsschutz.

Ihr Arbeitgeber informiert Sie über die Inanspruchnahme und die Dauer der Beitragsfreistellung.

5. Wann leisten wir nicht oder nur begrenzt?

5.1 Wir leisten nicht, wenn

- Sie Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen vorsätzlich herbeigeführt haben.
- Sie durch Ihren Ehepartner, Ihren Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Ihre Eltern oder Ihre Kinder behandelt wurden. Dabei entstandene Sachkosten erstatten wir Ihnen jedoch entsprechend der unter Punkt 3.1 aufgeführten Tarifyinhalte, wenn sie uns nachgewiesen wurden.
- intakte plastische Füllungen (z. B. Amalgam oder Kunststofffüllungen) ersetzt werden.
- eine Sehhilfe nicht zum Ausgleich Ihrer Fehlsichtigkeit dient.
- für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel ohne entsprechende Verordnung (Rezept).
- Sie durch Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte oder sonstige Leistungserbringer behandelt wurden, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Das gilt aber nur, wenn die Behandlung stattfand, nachdem wir Sie über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Wenn zum Zeitpunkt der Benachrichtigung eine Behandlung bereits begonnen hat, leisten wir nur für Kosten, die innerhalb von 3 Monaten nach der Benachrichtigung entstehen.

5.2 Wann leisten wir nur begrenzt?

- Wir können unsere Zahlung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen erbracht wurden, als medizinisch notwendig sind. Dasselbe gilt, wenn die Kosten für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen unangemessen hoch im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen sind.
- Die Gesamterstattung darf Ihre Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Das gilt insbesondere dann, wenn Sie einen Anspruch auf Leistungen gegenüber anderen Kostenträgern

- wie z. B. der GKV oder PKV
- oder anderen Erstattungsverpflichteten haben.

6. Was gilt für den Versicherungsschutz, wenn Sie vorübergehend keinen Entgeltanspruch haben?

Ihr Arbeitgeber zahlt als Versicherungsnehmer die Versicherungsbeiträge für Ihren Versicherungsschutz. Die Beitragszahlungspflicht entfällt für Ihren Arbeitgeber unter den in nachfolgender Ziffer 7 genannten Voraussetzungen. Während dieser Zeiten haben Sie als versicherte Person unveränderten Versicherungsschutz.

7. Wann besteht vollständiger Versicherungsschutz ohne Beitragszahlung (siehe Punkt 6 Teil I der AVB)?

Es besteht voller Versicherungsschutz, ohne dass Ihr Arbeitgeber Beiträge zahlen muss,

- bei Arbeitsunfähigkeit ohne Lohnfortzahlung (unbegrenzt, längstens für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit),
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit (max. 36 Monate),
- bei Freistellung wegen Pflegezeit (unbegrenzt, max. für die Dauer der Pflegezeit),
- bei Freistellung wegen Familienpflegezeit (unbegrenzt, max. für die Dauer der Familienpflegezeit),
- bei unbezahlter Freistellung (unbegrenzt, max. für die Dauer der Freistellung).



8. Wann besteht ein nur eingeschränkter Versicherungsschutz ohne Beitragszahlung (siehe Punkt 6 Teil I der AVB)?

Ihr Arbeitgeber kann einmalig für maximal 6 Monate eine Beitragsfreistellung für die Tarife BudZ3b bzw. BudZ6b bzw. BudZ9b bzw. BudZ1b beanspruchen, wenn der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) festgestellt hat ("Pandemie-Schutz").

Während dieser Zeit gilt die Regelung unter Ziffer 4.