

Allgemeine Versicherungsbedingungen: Arbeitgeberfinanzierte betriebliche Reproductive Health Versicherung

Inhaltsverzeichnis

I.	Allgemeine Bedingungen	3
	Der Versicherungsschutz.....	3
	1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	3
	2. Versicherte und mitversicherte Person.....	3
	3. Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeit.....	3
	4. Leistungsumfang.....	4
	5. Leistungsvoraussetzungen und -einschränkungen	4
	6. Auszahlung der Versicherungsleistung	4
	Rechte und Pflichten.....	5
	7. Beitragszahlung.....	5
	8. Obliegenheiten	5
	9. Obliegenheitsverletzungen.....	6
	Dauer und Ende der Versicherung	6
	10. Ende des Versicherungsverhältnisses.....	6
	Sonstige Bestimmungen.....	6
	11. Willenserklärungen und Anzeigen.....	6
	12. Gerichtsstand.....	6
	13. Änderungen der AVB.....	7
II.	Tarifbedingungen Fertility+	8
	1. Gegenstand der Versicherung	8
	2. Leistungsberechtigte Personen	8
	3. Leistungsumfang.....	9
	4. Nachweispflicht	10

5. Angeratene und bereits laufende Behandlungen	10
Anhang A – Auszüge aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	10
Anhang B - Leistungskatalog Tarif Fertility+	12

I. Allgemeine Bedingungen

Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags. Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber.

(2) Gegenstand der Versicherung ist der Ersatz von Aufwendungen für medizinische Behandlungen und sonstige vereinbarte Leistungen im Bereich der Reproduktionsmedizin.

(3) Versicherungsfall ist die Untersuchung und reproduktionsmedizinische Behandlung einer versicherten oder mitversicherten Person. Der Versicherungsfall beginnt mit der Untersuchung; er endet, wenn die versicherte medizinische Behandlung durchgeführt ist und sonstige vereinbarte Leistungen erbracht sind. Als Versicherungsfall gelten insbesondere

- a) Untersuchung und reproduktionsmedizinische Behandlungen mit dem Ziel des Fruchtbarkeitserhalts bei einer versicherten oder mitversicherten Person, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind,
- b) Untersuchung und reproduktionsmedizinische Behandlungen mit dem Ziel eine Schwangerschaft bei einer versicherten oder mitversicherten Person herbeizuführen (Kinderwunschbehandlung).
- c) die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind. Digitale Gesundheitsanwendungen, die dem Bereich der Fitness oder Wellness zuzurechnen sind, sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vorliegende AVB einschließlich Tarif Fertility+ mit Tarifbedingungen und Leistungskatalog (Anhang B)) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

2. Versicherte und mitversicherte Person

(1) Versicherte Personen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind die natürlichen Personen, die im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags als versicherbare Personen benannt wurden und vom Versicherungsnehmer ordnungsgemäß zum Versicherungsschutz angemeldet wurden.

(2) Mitversicherte Personen sind natürliche Personen, die mit einer versicherten Person in einer ehelichen Lebensgemeinschaft, einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft in häuslicher Gemeinschaft leben und gemeinsam mit der versicherten Person eine Schwangerschaft herbeiführen möchten. Der Versicherer ist im Leistungsfall berechtigt, geeignete Nachweise über das Bestehen einer solchen Lebensgemeinschaft sowie die Absicht zur Herbeiführung einer Schwangerschaft zu verlangen.

(3) Eine Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.

3. Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeit

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Datum, an dem die versicherte Person nach Teil I. Ziffer 2(1) der AVB vom Versicherungsnehmer zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldet wird, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor Abschluss des Gruppenversicherungsvertrags. Das gilt auch für die jeweils mitversicherte Person nach Teil I. Ziffer 2(2) der AVB, sobald die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift vorliegen.

(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. Durch spätere Vertragsänderungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.

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

(4) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

4. Leistungsumfang

- (1) Art, Höhe und Umfang der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem in Teil II der AVB geregelten Tarif mit seinen Tarifbedingungen und Leistungskatalog (Anhang B).
- (2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die Behandlung oder sonstige versicherte Leistung erfolgt ist bzw. in dem die verordneten Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen wurden.
- (3) Die maximale Erstattung richtet sich nach der gewählten Tarifstufe. Sie ist dem Versicherungsschein bzw. der Versicherungsbestätigung für die versicherte Person zu entnehmen.

5. Leistungsvoraussetzungen und -einschränkungen

- (1) Es werden nur Kosten übernommen, die nachweislich nicht von der bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder privaten Krankenversicherung (PKV) der versicherten oder mitversicherten Person oder durch andere Erstattungsverpflichtete gedeckt sind. Die Leistungen umfassen den verbleibenden Selbstbehalt sowie Selbstzahlerleistungen (iGeL-Leistungen).
- (2) Wird ein bestehender Anspruch auf Kostenübernahme durch andere Versicherungen nicht genutzt, so werden nur die Kosten übernommen, die bei Inanspruchnahme dieser Leistungen verblieben wären.
- (3) Der versicherten bzw. mitversicherten Person steht die Wahl unter den durch den Versicherer anerkannten niedergelassenen approbierten Ärzten beziehungsweise Kinderwunschzentren frei. Onuava GmbH führt eine Liste der durch den Versicherer anerkannten Leistungserbringer. Die Liste kann unter [Onuava.com] eingesehen werden oder wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt. Sie wird von Zeit zu Zeit überprüft und aktualisiert. Nur die Kosten für von den auf der aktuellen Liste genannten Leistungserbringern erbrachte Leistungen werden übernommen.
- (4) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem über eine Apotheke bezogen werden.
- (5) Mit Ausnahme des Bezugs von Medikamenten, werden keine Leistungen für Behandlungen außerhalb Deutschlands erbracht.
- (6) Im Übrigen gelten die Leistungsvoraussetzungen und -einschränkungen des jeweiligen Tarifs.

6. Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Im Versicherungsfall ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer den Versicherungsfall unverzüglich anzuzeigen und dafür das Schadenmeldeformular des Versicherers gemeinsam mit der mitversicherten Person auszufüllen und zu unterzeichnen.
- (2) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte bzw. mitversicherte Person zu leisten, die ihm gegenüber durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt wurde. Der versicherten bzw. mitversicherten Person steht gegen den Versicherer ein unmittelbarer Rechtsanspruch auf die tariflichen Versicherungsleistungen zu. Der Versicherer kann gegen eine Leistungsforderung der versicherten bzw. mitversicherten Person nicht mit einer Forderung aufrechnen, die ihm gegenüber dem Versicherungsnehmer zusteht. § 35 VVG ist abbedungen.
- (3) Über Gesundheitsfragen und Fragen zur Gewährung von Versicherungsleistungen erfolgt die Korrespondenz direkt zwischen der versicherten bzw. mitversicherten Person und dem Versicherer. Zu diesem Zweck holt der Versicherer bei der versicherten bzw. mitversicherten Person die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie die Entbindung von der Schweigepflicht ein.
- (4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn ihm die durch die versicherte bzw. mitversicherte Person unterschriebene Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie die Entbindung von der Schweigepflicht vorliegen und die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (5) Frist zur Einreichung von Rechnungen und Erstattungsansprüchen: Erstattungsansprüche sind innerhalb von drei Monaten nach Rechnungsdatum beim Versicherer geltend zu machen. Maßgeblich ist das Datum des Eingangs der vollständigen Unterlagen beim Versicherer. Der Versicherer stellt hierfür die Onuava App bereit. Wird eine Rechnung nicht innerhalb dieser Frist eingereicht, kann der Versicherungsschutz unter Umständen gemäß §§ 28 und 29 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise entfallen.

(6) Die entstandenen Aufwendungen sind durch Rechnungsbelege (inklusive eines eventuellen Vorleistungsvermerkes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der privaten Krankenversicherung (PKV) bzw. anderer gegebenenfalls vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter) nachzuweisen.

(7) Rechnungen müssen ausreichend spezifiziert sein. Hierzu gehören insbesondere die Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheit bzw. des Grunds der Behandlung, die Angabe der einzelnen Leistungen des Heilbehandlers (entsprechende Ziffern der in der Bundesrepublik Deutschland jeweils gültigen Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnisse) und die dafür in Rechnung gestellten Einzelbeträge, die Behandlungsdaten, die Aufschlüsselung der Medikamente nach Art, Menge und Einzelbeträgen.

(8) Der Versicherer behält sich vor, zur Prüfung der Leistungspflicht weitere erforderliche Nachweise und Leistungsunterlagen (z. B. die Originalrechnung, Tarifdetails der PKV) zu verlangen.

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

(10) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

(11) Die Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können nur dann abgezogen werden, wenn der Empfänger der Versicherungsleistung kein Inlandskonto benannt hat. Innerhalb des SEPA-Zahlungsraumes erfolgt die Überweisung der Versicherungsleistung in Euro kostenfrei.

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

Rechte und Pflichten

7. Beitragszahlung

(1) Die Beiträge zur Versicherung werden vom Versicherungsnehmer getragen.

(2) Einzelheiten der Beitragszahlung werden im Gruppenversicherungsvertrag zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer vereinbart.

(3) Wird ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherungsschutz unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) entfallen.

8. Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte bzw. mitversicherte Person (vgl. Teil I Ziffer 2 der AVB) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen bzw. die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere Entbindung von der Schweigepflicht), die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Insbesondere haben sie die Anzeige- und Mitwirkungsobliegenheiten nach Teil I Ziffer 6 der AVB zu erfüllen.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte bzw. mitversicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Kommt die versicherte bzw. mitversicherte Person dem Verlangen nicht nach, besteht kein Leistungsanspruch.

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

(4) Wird für eine versicherte bzw. mitversicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Reproductive Health Insurance abgeschlossen, ist die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

9. Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in den §§ 28 und 29 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Teil I Ziffer 8 der AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten bzw. mitversicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

Dauer und Ende der Versicherung

10. Ende des Versicherungsverhältnisses

(1) Das Versicherungsverhältnis endet für die versicherte bzw. jeweils mitversicherte Person mit dem Austritt der versicherten Person aus dem Unternehmen oder mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags. Für Behandlungen, die nach Beendigung des Versicherungsschutzes durchgeführt werden, besteht kein Versicherungsschutz, es sei denn, die Rechnung wurde bereits vor dem Ende des Versicherungsverhältnisses gestellt und bei dem Versicherer eingereicht.

(2) Verlegt eine versicherte bzw. mitversicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands oder ist die versicherte bzw. mitversicherte Person nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder privaten Krankenversicherung (PKV) versichert, so endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(3) Eine Fortführung des Versicherungsschutzes im Rahmen einer Einzelversicherung ist nicht vorgesehen. Es besteht kein Anspruch auf Umwandlung des bisherigen Versicherungsschutzes in einen Einzelvertrag – weder unter dem bisherigen noch unter einem anderen Tarif des Versicherers. Da es sich um eine ausschließlich arbeitgeberfinanzierte Gruppenversicherung handelt, ist eine individuelle Anschlussversicherung ausgeschlossen.

Sonstige Bestimmungen

11. 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 Gruppenversicherungsvertrag 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 bzw. mitversicherten Person aus dem einzelnen Versicherungsverhältnis betreffen, wird ausschließlich zwischen der versicherten bzw. mitversicherten Person und dem Versicherer geführt. Erklärungen des Versicherers werden mit dem Zugang bei der versicherten bzw. mitversicherten Person wirksam.

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

12. Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Gruppenversicherungsvertrag 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 bzw. mitversicherten Person zum Zeitpunkt der Klageerhebung örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer oder die versicherte bzw. mitversicherte Person nach Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages 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 bzw. mitversicherte Person zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das für den Sitz des Versicherers örtlich zuständige Gericht zuständig.

13. Änderungen der AVB

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

II. Tarifbedingungen Fertility+

Dieser Teil II enthält den Teil I ergänzende Regelungen für den Tarif Fertility+.

1. Gegenstand der Versicherung

Gegenstand des Versicherungsschutzes sind die notwendigen und medizinisch sinnvollen Aufwendungen für medizinische Behandlungen der versicherten bzw. mitversicherten Person im Bereich Kinderwunsch und Fruchtbarkeitsvorsorge, einschließlich der Diagnostik, der Insemination, IVF-/ICSI-Behandlungen, dem Einfrieren von Eizellen aus nicht-medizinischen Gründen, der Kryokonservierung von Embryonen, Kryozyklen und der Behandlung mit Spendersamen.

Behandlungen	Beschreibung
Diagnostik	Umfasst alle medizinisch notwendigen Untersuchungen zur Feststellung und Abklärung der Ursachen von Fruchtbarkeitsstörungen.
Insemination (IUI)	Einbringen von aufbereiteten Spermien des Partners, Wunschvaters oder eines Spenders direkt in die Gebärmutter, um die Chancen auf eine Befruchtung zu erhöhen.
In-vitro-Fertilisation (IVF)	Methode der assistierten Reproduktion, bei der Eizellen außerhalb des Körpers mit Spermien befruchtet und die Embryonen anschließend in die Gebärmutter eingesetzt werden.
Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	Eine spezielle Form der IVF, bei der ein einzelnes Spermium direkt in die Eizelle injiziert wird, um die Befruchtung zu ermöglichen.
Kryokonservierung von Vorkernen, Eizellen oder Embryonen	Langzeitlagerung der im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung gewonnenen Vorkerne, Eizellen oder Embryonen bei niedrigen Temperaturen, um deren Verwendung für spätere

	Kinderwunschbehandlungen sicherzustellen.
Kryozyklen	Behandlung mit Auftauen und Transfer von zuvor eingefrorenen Embryonen oder Eizellen.
Operative Spermengewinnung	TESE/Mikro-TESE
Behandlung mit Spendersamen	Verwendung von Spenderspermien im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung, einschließlich IUI, IVF und ICSI für alleinstehende Frauen, lesbische Paare und Paare mit medizinischer Indikation für eine Samenspende.
Social Freezing (Einfrieren von Eizellen) (nur für die versicherte Person und sofern durch den im Versicherungsschein gewählten Tarif mitversichert).	Gewinnung und Kryokonservierung von Eizellen aus nicht-medizinischen Gründen, um die Fertilität für einen späteren Zeitpunkt zu bewahren.

2. Leistungsberechtigte Personen

- (1) Leistungsberechtigt ist die versicherte bzw. mitversicherte Person.
- (2) Bei Reproduktionsmedizinischen Behandlungen gemäß Teil II Ziffer 1, mit Ausnahme von Social Freezing, sind die Kosten für die Behandlung der versicherten Person sowie der mitversicherten Person vom Versicherungsschutz umfasst.
- (3) Kosten für Social Freezing (Gewinnung und Kryokonservierung von Eizellen aus nicht-medizinischen Gründen) werden ausschließlich für die versicherte Person übernommen. Es erfolgt keine Kostenübernahme für Partner:innen oder andere Personen, unabhängig von deren Beziehung zur versicherten Person.

3. Leistungsumfang

(1) Die vereinbarte Leistungshöhe bezieht sich für die versicherte Person und die jeweilige mitversicherte Person auf die gesamte Dauer der Versicherungsdeckung während der Unternehmenszugehörigkeit der versicherten Person. Es erfolgt keine jährliche Wiederauffüllung des Leistungsbudgets.

Die maximale Erstattungssumme steht der versicherten Person und der jeweiligen mitversicherten Person insgesamt einmal für die gesamte Dauer der Zugehörigkeit der versicherten Person zum Unternehmen des Versicherungsnehmers zur Verfügung – unabhängig davon, wie viele Versicherungsjahre sie umfasst.

(2) Die Höhe der Leistungen ist abhängig von der gewählten Tarifstufe. Die maximale Erstattungssumme für die versicherten Leistungen beträgt:

3.000,- Euro in Tarifstufe Fertility+3.000

5.000,- Euro in Tarifstufe Fertility+5.000

10.000,- Euro in Tarifstufe Fertility+10.000

(3) Es werden nur Kosten übernommen, die nachweislich nicht von der bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder privaten Krankenversicherung (PKV) der versicherten oder mitversicherten Person oder durch andere Erstattungsverpflichtete gedeckt sind. Die Leistungen umfassen den verbleibenden Selbstbehalt sowie Selbstzahlerleistungen (iGeL-Leistungen).

(4) Wird ein bestehender Anspruch auf Kostenübernahme durch andere Versicherungen nicht genutzt, so werden nur die Kosten übernommen, die bei Inanspruchnahme dieser Leistungen verblieben wären.

(5) Von den gedeckten Kosten für Social Freezing wird lediglich ein Anteil in Höhe von 50% übernommen. Die maximale Erstattungssumme bleibt unberührt.

(6) Die erstattungsfähigen Leistungen ergeben sich aus dem Leistungskatalog in Anhang A zu diesen Tarifbedingungen.

Der Leistungskatalog führt alle medizinisch notwendigen und im Rahmen dieses Tarifs erstattungsfähigen Maßnahmen im Bereich der Kinderwunschbehandlung und Fruchtbarkeitsvorsorge auf, einschließlich etwaiger Einschränkungen oder besonderer Bedingungen.

(7) Für die im Rahmen von Tarif Fertility+ unterstützen Behandlungen führt Onuava eine Liste mit anerkannten Leistungserbringern. Die Liste kann unter [Onuava.com] eingesehen werden oder wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt. Sie wird von Zeit zu Zeit überprüft und aktualisiert. Nur die Kosten für von den auf der aktuellen Liste genannten Leistungserbringern erbrachte Leistungen werden übernommen.

(8) Für bestimmte Leistungen gelten folgende Altersgrenzen:

- Diagnostik, Insemination (IUI), IVF und ICSI (einschließlich Behandlungen mit Spendersamen und nach TESE/Mikro-TESE) werden nur bis zum vollendeten 43. Lebensjahr der zu behandelnden Frau übernommen.
- Social Freezing (Kryokonservierung von Eizellen aus nicht-medizinischen Gründen) wird nur bis zum vollendeten 39. Lebensjahr der versicherten Person übernommen.
- Für Behandlungen im Rahmen von Kryozyklen mit zuvor eingefrorenen Eizellen oder Embryonen besteht keine Altersgrenze.

(9) Leistungen im Rahmen von IVF- und ICSI-Behandlungen (einschließlich Behandlungen mit Spendersamen und nach TESE/Mikro-TESE) werden nur übernommen, wenn bei der jeweiligen Behandlung maximal ein Embryo transferiert wird. Bei einem Transfer von zwei oder mehr Embryonen besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung für die jeweilige Behandlung.

4. Nachweispflicht

(1) Die versicherte Person ist verpflichtet, geeignete Nachweise für die Wunschelternschaft zu erbringen, wenn:

- Die Partnerin der versicherten Person die Kinderwunschbehandlung mit Spendersamen durchführt und keine Ehe oder eingetragene Lebensgemeinschaft besteht oder
- Zweifel an der Wunschelternschaft der versicherten Person bestehen.

(2) Als geeignete Nachweise gelten:

- Rechtsdokumente, wie eine vertragliche Vereinbarung zur gemeinsamen Elternschaft.
- Andere geeignete Dokumente, die die Wunschelternschaft der versicherten Person belegen.

5. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

(1) Abweichend von Teil I Ziffer 3 (4) der AVB sind die Leistungen auch für Behandlungen erstattungsfähig, die vor Versicherungsbeginn medizinisch angeraten wurden, sofern die tatsächliche Durchführung erst nach Versicherungsbeginn erfolgte. Es werden ausschließlich Rechnungen für Leistungen erstattet, die ab dem Versicherungsbeginn datiert sind.

Anhang A – Auszüge aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet,

kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

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

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

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

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 29 Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit

(1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Abschnittes zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur bezüglich eines Teils der Gegenstände oder Personen vor, auf die

sich die Versicherung bezieht, steht dem Versicherer das Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bedingungen nicht geschlossen hätte.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung bezüglich eines Teils der Gegenstände oder Personen Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis bezüglich des übrigen Teils zu kündigen. Die Kündigung muss spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt oder die Kündigung des Versicherers wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Gefahrerhöhung ganz oder teilweise leistungsfrei ist, nur bezüglich eines Teils der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, ist auf die Leistungsfreiheit Absatz 1 entsprechend anzuwenden.

§ 35 Aufrechnung durch den Versicherer

Der Versicherer kann eine fällige Prämienforderung oder eine andere ihm aus dem Vertrag zustehende fällige Forderung gegen eine Forderung aus der Versicherung auch dann aufrechnen, wenn diese Forderung nicht dem Versicherungsnehmer, sondern einem Dritten zusteht.

§ 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.

§ 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.

Anhang B - Leistungskatalog Tarif Fertility+

Nr.	Leistung	Beschreibung
1	Diagnostik	• Spermioogramm: Untersuchung der Spermienqualität und -quantität gemäß den WHO-Standards zur Abklärung von Fruchtbarkeitsstörungen • Spermienfragmentation: Analyse der DNA-Integrität von Spermien • Spermienfunktion: Cat-SPER-Test • Hormonanalysen bei der Frau: Untersuchung von AMH, FSH, LH, Östradiol, DHEA-S, Testosteron, SHBG, Progesteron sowie Schilddrüsenfunktion (TSH, fT3, fT4) zur Abklärung hormoneller Störungen • Mikrobiologisch/virologische Untersuchungen: Hepatitis-Serologie, HIV-Serologie, HTLV-Serologie Röteln-Titer, Varizellen-Titer, Lues-Serologie, Zika, Chlamydien • Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke und der Gebärmutter: Transvaginale Sonographie zur Abklärung von Zysten, Tumoren, Polypen, Myomen, Adenomyose, Gebärmutter Schleimhautdicke sowie Antralfollikel-Count (AFC) zur Einschätzung der ovariellen Reserve. • Hormonanalysen beim Mann: Untersuchung von Testosteron, LH, FSH und Prolaktin zur Abklärung hormoneller Störungen • Immunologische Untersuchungen: Nachweis von Antikörpern gegen Spermien oder andere reproduktive Organe, Postcoitaltest • Karyotyp-Analyse zur Abklärung genetischer Ursachen • Thrombophiliediagnostik (erweitert): Untersuchung auf genetische oder erworbene Gerinnungsstörungen • Endometriumbiopsie: Untersuchung der Gebärmutter Schleimhaut zur Abklärung von Entzündungen und Einnistungsfähigkeit • Gebärmutter Spiegelung (Hysteroskopie): Untersuchung der Gebärmutterhöhle zur Diagnose und Behandlung von Polypen, Myomen, Septum, Verwachsungen oder Endometriose / Adenomyose • Mikrobiologische Tests: Analyse von Infektionen, z. B. der Vaginal- oder Samenflüssigkeit • Tuben-Durchlässigkeitsprüfung (HyCoSy): Sonografische Überprüfung der Durchgängigkeit der Eileiter mit Kontrastmittel
2	Insemination (IUI) (Die Kosten werden nur bis zum vollendeten 43. Lebensjahr der zu behandelnden Frau übernommen. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um die versicherte Person oder eine mitversicherte Person handelt)	• Ärztliche Aufklärung und Behandlungsplanung: Individuelle Beratung zur IUI, Erstellung eines Behandlungsplans, Dokumentation und Einholung der Einwilligung. • Zyklusüberwachung und hormonelle Stimulation: Transvaginale oder abdominale Ultraschalluntersuchungen zur Follikelkontrolle, Hormonbestimmungen (z. B. LH, Östradiol, Progesteron), Verordnung und Abgabe von Stimulationsmedikamenten (z. B. Clomifen oder Gonadotropine), Auslösen des Eisprungs (z. B. hCG). • Spermaaufbereitung: Aufbereitung der Samenprobe im IVF-Labor • Insemination: Durchführung der intrauterinen Samenübertragung mittels Katheter in die Gebärmutterhöhle. • Medikamentöse Unterstützung nach Insemination: Lutealphase-Unterstützung mit Progesteronpräparaten (z. B. vaginal oder injizierbar), gegebenenfalls Estradiol und/oder hCG, Kontrolle des Hormonspiegels in der Frühschwangerschaft, Durchführung eines Schwangerschaftstests (Blut oder Urin) im Kinderwunschzentrum. • Laborleistungen und Blutuntersuchungen während der Behandlung: Wiederholte Hormonlabore im Zyklusverlauf (z. B. LH, Östradiol, Progesteron), Infektionsscreening, Spermioogramm.

3	In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) (Die Kosten werden nur bis zum vollendeten 43. Lebensjahr der zu behandelnden Frau übernommen. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um die versicherte Person oder eine mitversicherte Person handelt. Nur wenn maximal 1 Embryo transferiert wird.)	• Ärztliche Aufklärung und Behandlungsplanung: Individuelle Beratung zur IVF, Erstellung eines Behandlungsplans, Dokumentation und Einholung der Einwilligung. • Zyklusüberwachung und hormonelle Stimulation: Transvaginale und/oder abdominale Ultraschalluntersuchungen zur Follikelkontrolle, Hormonbestimmungen (z. B. Östradiol, LH, Progesteron), Verordnung und Abgabe von Stimulationsmedikamenten (z. B. FSH, LH, HMG, GnRH-Antagonisten und/oder -agonisten, Progesteron), Auslösen des Eisprungs (z. B. hCG). • Follikelpunktion und Eizellentnahme: Durchführung der Follikelpunktion einschließlich Sedierung oder Narkose, Isolierung der Eizellen, Aufbereitung der Follikelflüssigkeit. • Anästhesieleistungen: Sedierung oder kurze Narkose im Rahmen der Follikelpunktion inklusive Monitoring und Aufwachbetreuung. • IVF-/ICSI-Laborleistungen: Befruchtung der Eizellen mit Spermien (klassische IVF oder ICSI), Embryonenkultur bis Tag 2–6 (inkl. Blastozystenkultur), mikroskopische Beurteilung der Vorkernstadien und Embryonen (Qualitätsgrading). • Embryotransfer (ET): Transfer von 1 Embryo in die Gebärmutterhöhle mit spezieller Transferkanüle, ggf. ultraschallgestützt. • Medikamentöse Unterstützung nach Transfer: Lutealphase-Unterstützung mit Progesteronpräparaten und/oder Estrogenpräparaten und/oder hCG (z. B. vaginal oder injizierbar), fortlaufende Hormonspiegelkontrolle in der Frühschwangerschaft. • Kryokonservierung: Einfrieren überschüssiger unbefruchteter Eizellen, Vorkernstadien oder Embryonen, Lagerungskosten. • Laborleistungen und Blutuntersuchungen während der Behandlung: Wiederholte Hormonlabore (FSH, LH, Progesteron, Östradiol, AMH, TSH), Infektionsscreening (HIV, HTLV, HCV, HBV, Chlamydien), Blutbild, Gerinnung, Schilddrüsenfunktion, Seminalanalyse (Spermiogramm). • Zusatzleistungen: Assisted Hatching, Time-Lapse-Kultivierung (z. B. EmbryoScope), Embryoglu®, Polkörperdiagnostik, Zymot®
4	TESE (Die Kosten werden nur bis zum vollendeten 43. Lebensjahr der zu behandelnden Frau übernommen. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um die versicherte Person oder eine mitversicherte Person handelt. Nur wenn maximal 1 Embryo transferiert wird.)	• Diagnostische Voruntersuchungen: Hormonanalysen (z. B. FSH, LH, Testosteron, Inhibin B), körperliche Untersuchung, genetische Abklärung (z. B. Karyotypisierung, AZF-Deletionstest) zur Beurteilung der Indikation für eine TESE. • Operativer Eingriff: Ambulante oder stationäre Durchführung der Hodenbiopsie durch Urologen oder Andrologen in Lokalanästhesie oder Kurznarkose. • Laboraaufbereitung des Hodengewebes: Präparation des entnommenen Gewebes, Separation der Spermien im IVF-Labor, mikroskopische Kontrolle und Dokumentation. • Kryokonservierung: Einfrieren und Lagerung des gewonnenen Spermienmaterials zur späteren Verwendung im Rahmen einer ICSI-Behandlung. • Laborkosten bei späterer Verwendung: Auftauen, Qualitätskontrolle und Aufbereitung des TESE-Materials im IVF-Labor zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung.
5	Kryozyklus (Nur wenn maximal 1 Embryo transferiert wird.)	• Ärztliche Aufklärung und Behandlungsplanung: Individuelle Beratung zum Kryozyklus, Erstellung eines Behandlungsplans, Dokumentation und Einholung der Einwilligung. • Zyklusüberwachung und hormonelle Vorbereitung: Transvaginale oder abdominale Ultraschalluntersuchungen zur Kontrolle des Schleimhautaufbaus, des Follikelwachstums, wiederholte Hormonlabore (LH, Progesteron, Östradiol,) hormonelle Unterstützung mit Östrogenen (z. B. Estradioltabletten oder -pflastern), Gonadotropinen, Letrozol, hCG und/oder Progesteron zur Vorbereitung auf den Embryotransfer.

		• Auftauen und Laborvorbereitung: Auftauen des kryokonservierten Materials (Embryonen oder Vorkernstadien), Kultivierung, Beurteilung der Vitalität und Vorbereitung für den Transfer im IVF-Labor. • Embryotransfer (ET): Transfer von 1 Embryo in die Gebärmutterhöhle mit spezieller Transferkanüle, ggf. ultraschallgestützt. • Medikamentöse Unterstützung nach Transfer: Lutealphase-Unterstützung mit Progesteronpräparaten (z. B. vaginal oder injizierbar) und/oder hCG, fortlaufende Hormonspiegelkontrolle in der Frühschwangerschaft. • Laborleistungen und Blutuntersuchungen während der Behandlung: Wiederholte Hormonlabore (z. B. Estradiol, Progesteron, LH, hCG), Infektionsscreening, Blutbild oder Schilddrüsenfunktion. • Zusatzleistungen: ERA-Test, Assisted Hatching, Embryoglu®e, Time-Lapse-Kultivierung (z. B. EmbryoScope).
6	Spendersamen (Die Kosten werden nur bis zum vollendeten 43. Lebensjahr der zu behandelnden Frau übernommen. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um die versicherte Person oder eine mitversicherte Person handelt. In Kombination mit IVF / ICSI nur wenn maximal 1 Embryo transferiert wird.)	• Kosten für Spendersamen: Übernahme der Kosten für die medizinisch geeignete Spendersamenprobe eines zertifizierten Spenders über eine zugelassene Samenbank (inkl. aufwandsabhängiger Aufschläge für bestimmte Merkmale). • Versand und Lieferung an die Klinik: Transportkosten für den Spendersamen von der Samenbank zur behandelnden Kinderwunschklinik (inkl. Versandbehälter, Trockeneis o. ä.). • Lagerungskosten für reservierte Halme: Aufbewahrungskosten für zusätzlich bestellte und eingelagerte Halme desselben Spenders zur Absicherung von Folgebehandlungen oder Geschwisterwunsch. • Laborkosten für Auftauen und Aufbereitung: Medizinische Leistungen im IVF-Labor zur fachgerechten Auftauung, Qualitätsprüfung und Aufbereitung des Spendersamens vor Anwendung in der jeweiligen Behandlung.
7	Social Freezing (Die Kosten werden nur für die Behandlung der versicherten Person übernommen, nicht für eine von ihr benannte mitversicherte Person). (Nur bis zum vollendeten 39. Lebensjahr der zu behandelnden Frau übernommen.)	• Ärztliche Aufklärung und Behandlungsplanung: Individuelle Beratung zur Eizellkonservierung, Erstellung eines Behandlungsplans, Dokumentation und Einholung der Einwilligung. • Zyklusüberwachung und hormonelle Stimulation: Transvaginale und/oder abdominale Ultraschalluntersuchungen zur Follikelkontrolle, Hormonbestimmungen (z. B. Östradiol, LH, Progesteron), Verordnung und Abgabe von Stimulationsmedikamenten (z. B. FSH, LH, HMG, GnRH-Antagonisten und/oder -agonisten, Progesteron), Auslösen des Eisprungs (z. B. hCG). • Follikelpunktion und Eizellentnahme: Durchführung der Follikelpunktion einschließlich Sedierung oder Narkose, Isolierung der Eizellen, Aufbereitung der Follikelflüssigkeit. • Anästhesieleistungen: Sedierung oder kurze Narkose im Rahmen der Follikelpunktion inklusive Monitoring und Aufwachbetreuung. • Eizelllaborleistungen: Mikroskopische Beurteilung der Eizellen, Qualitätskontrolle, Auswahl reifer Eizellen zur Konservierung. • Kryokonservierung: Vitrifikation (Schnellgefrierverfahren) der Eizellen, Lagerung • Laborleistungen und Blutuntersuchungen während der Behandlung: Wiederholte Hormonlabore im Zyklusverlauf (z. B. AMH, Östradiol, LH, Progesteron), Infektionsscreening, Blutbild oder Schilddrüsenfunktion.