



Für Mitglieder der GKV und ihre  
familienversicherten Partner/Kinder

## Start*Linie* – Günstiger Start in Ihre private Ergänzung

Die Start*Linie* der Continentale:  
sofort – flexibel – innovativ

[www.continentale.de](http://www.continentale.de)

  
Die  
**Continentale**



## Die StartLinie ergänzt, wo es wichtig ist

Unsere StartLinie ist genau das, was Sie sich als Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wünschen: Eine hervorragende Ergänzung Ihres gesetzlichen Schutzes mit günstigen Beiträgen für Singles, Familien oder Partnerschaften. Entscheidend für den Beitrag ist die Mitgliedschaft in der GKV und Ihre Lebenssituation. Danach richten sich unsere 4 Tarifstufen:

- S = GKV-Mitglied
- P = GKV-Mitglied und familienversicherter Partner
- SK = GKV-Mitglied und familienversicherte/s Kind/er
- PK = GKV-Mitglied und familienversicherter Partner und Kind/er

Ändert sich Ihre Lebenssituation, passen wir Ihre Tarifstufe an. Für Familien gibt es einen besonderen Vorteil: In den Tarifstufen SK und PK sind nach dem ersten Kind alle weiteren Kinder beitragsfrei mitversichert.

### Unsere Leistungen als Kompakt- oder Spezialangebot

Starten Sie mit unserer StartLinie einfach und sofort Ihre persönliche Gesundheitsvorsorge. Sie können die Tarife ohne Gesundheitsprüfung direkt abschließen.

StartKompakt	StartAmbulant	StartZahn	StartStationär
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Brillen/Kontaktlinsen</li> <li>■ Vorsorgeuntersuchungen/ Schutzimpfungen</li> <li>■ Zahnersatz/Zahnreinigung</li> <li>■ Freie Wahl des Krankenhauses</li> <li>■ Leistungspauschale bei Krankenhaus-Aufenthalten</li> <li>■ Auslandsreiseschutz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Brillen/Kontaktlinsen</li> <li>■ Vorsorgeuntersuchungen/ Schutzimpfungen</li> <li>■ Naturheilverfahren</li> <li>■ Auslandsreiseschutz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verdoppelung des gesetzlichen Festzuschusses bei Zahnersatz</li> <li>■ Professionelle Zahnreinigung</li> <li>■ Fissurenversiegelung</li> </ul>	Schutz bei Unfällen: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Privatpatient im Krankenhaus</li> <li>■ Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer</li> <li>■ Freie Krankenhauswahl</li> <li>■ Ambulante Operationen</li> <li>■ Leistungspauschale/ Zuzahlungen</li> <li>■ Krankenhaustagegeld im Ausland</li> </ul>

Das Leben genießen –  
für die Zukunft versorgen!



## Flexibel kombiniert oder solo

Die Tarife der StartLinie können Sie kombinieren – auch mit unseren weiteren Ergänzungsversicherungen – oder einzeln abschließen. So passt Ihr Schutz zu Ihren Bedürfnissen und Wünschen.

Sie möchten zu einem späteren Zeitpunkt in einen höherwertigeren Tarif wechseln oder Ihre Absicherung z. B. um eine Pflegevorsorge erweitern? All das können Sie ohne Gesundheitsprüfung, wenn Sie einen Tarif der StartLinie zusammen mit unserem Optionstarif AV-P1\* abschließen. Sie halten sich so alle Optionen für die Zukunft offen.

### Ihre möglichen Kombinationen

- StartKompakt + StartStationär
- StartAmbulant + StartZahn und/oder StartStationär
- StartZahn + StartStationär
- StartLinie-Tarife + Optionstarif AV-P1\*  
(Wechseloption für die Zukunft in höherwertigere Tarife ohne erneute Gesundheitsprüfung)
- StartLinie-Tarife + weitere Ergänzungstarife\*  
Beispiel: StartKompakt mit einem Pflegekostentarif

\* Für den Abschluss des Optionstarifs AV-P1 und weiterer Ergänzungstarife ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich.

# StartKompakt – Ihre vielseitige Vorsorge

Mit StartKompakt haben wir für Sie ein Versicherungspaket geschnürt, das jedes GKV-Mitglied mit seiner Familie gern erhält. Es bietet Ihnen einen Kompakt-Schutz, der da ansetzt, wo die Leistungen der GKV enden.

## Für jede Lebenssituation

Julia und Tom sind verheiratet, berufstätig und beide GKV-versichert. StartKompakt, Tarifstufe S, ist jeweils ihre Vorsorge:

- Beide reisen gerne ins Ausland.
- Vorsorgeuntersuchungen halten sie für unverzichtbar.
- Die freie Wahlmöglichkeit des Krankenhauses ist ihnen wichtig.

Als Wunschkind Paul auf der Welt ist, arbeiten Julia und Tom weiter. Paul ist bei Julia familienversichert. Julia wechselt für einen geringen Mehrbeitrag in die Tarifstufe SK. Sohn Paul ist dadurch mitversichert. Für Tom ändert sich nichts.



### Brillen/Kontaktlinsen

100 % bis 100 Euro je Person innerhalb von 2 Kalenderjahren

### Ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen

100 % bis insgesamt 150 Euro je Person/Kalenderjahr, ohne Alterseinschränkung, z. B. die Früherkennung des Grünen Star oder den großen Gesundheits-Check

### Zahnprophylaxe, professionelle Zahnreinigung

100 % bis 50 Euro je Person/Kalenderjahr

### Zahnersatz

35 % der erstattungsfähigen Kosten der gesetzlichen Regelversorgung

(Leistungsstaffel je Person: insgesamt 200 Euro in den ersten beiden Kalenderjahren, 300 Euro in den ersten drei Kalenderjahren, 400 Euro in den ersten vier Kalenderjahren, 500 Euro in den ersten fünf Kalenderjahren. Die Leistungsstaffel entfällt bei Unfällen, die nicht durch die Nahrungsaufnahme bedingt sind.)

### Freie Wahl des Krankenhauses

100 % der Mehrkosten bei Wahl eines von der Einweisung abweichenden Krankenhauses in Deutschland

### Leistungspauschale bei stationärer Behandlung

150 Euro Leistungspauschale bei stationärem Aufenthalt von mindestens 5 Tagen infolge eines Unfalls

### Auslandsaufenthalte bis zu 42 Tagen

100 % für medizinische und zahnärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte und Medikamente, zudem u. a. notwendige Rücktransporte

### Beitragsbeispiele für Julia, Tom und Paul

- 6,90 Euro/Monat, GKV-Mitglied, 35 Jahre
- 11,80 Euro/Monat, GKV-Mitglied, 35 Jahre + Kind



# StartAmbulant – Ihr spezieller Schutz

Mit StartAmbulant entscheiden Sie sich für mehr finanziellen Spielraum, wenn es um Ihre Gesundheit geht. So tragen wir Ihre Kosten zum Beispiel für Ihre Brille, Vorsorgeuntersuchung oder Naturheilverfahren mit.



## Passend zum Bedarf

Thomas ist berufstätig und GKV-versichert. Seine Frau Sarah arbeitet nicht und ist bei ihm familienversichert. Beide wünschen sich für ihre Gesundheitsvorsorge mehr finanziellen Spielraum:

- Thomas ist Brillenträger und möchte bei der Brille nicht sparen.
- Sarah hält Naturheilverfahren für eine wichtige Alternative.
- Ein Muss ist für beide eine Reisekrankenversicherung.

Sie entscheiden sich für den speziellen Schutz StartAmbulant in der Tarifstufe P. Sobald Sarah wieder arbeitet und selbst GKV-Mitglied wird, wechseln beide in die Tarifstufe S.



### Brillen/Kontaktlinsen

100 % bis 150 Euro je Erwachsenem (bis 75 Euro je Kind/Jugendlichem bis 18 Jahre) innerhalb von 2 Kalenderjahren

### Ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen

100 % bis insgesamt 150 Euro je Person/Kalenderjahr ohne Alterseinschränkung, z. B. Früherkennung des Grünen Stars oder großer Gesundheits-Check

### Naturheilverfahren

50 % bis 150 Euro je Person/Kalenderjahr für Naturheilverfahren gemäß Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker bis zum Mindestsatz, z. B. für Akupunktur, und zusätzlich gemäß Leistungskatalog sowie für verordnete Medikamente

### Auslandsaufenthalte bis zu 42 Tagen

100 % für notwendige medizinische und zahnärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte und Medikamente, zudem u. a. notwendige Rücktransporte

### Beitragsbeispiele für Sarah und Thomas

- 6,50 Euro/Monat, GKV-Mitglied, 30 Jahre
- 13,00 Euro/Monat, GKV-Mitglied, 30 Jahre + Partner

*Passend zum Leben*

# StartZahn – Ihr spezieller Schutz

Mit StartZahn sind Sie bestens abgesichert, wenn Ihnen der Festzuschuss der GKV nicht reicht und Sie Wert auf eine regelmäßige Zahnvorsorge legen. Für Ihre Kinder ist eine Fissurenversiegelung gesichert.

## Für ein strahlendes Lächeln

Das Ehepaar Silke und Holger legt Wert auf eine gute Absicherung im Zahnbereich:

- Beide sind sportlich sehr aktiv. Da kann schnell mal ein Zahn abbrechen.
- Sohn Max verliert langsam die Milchzähne. Es ist Zeit, die Bleibenden mit einer Versiegelung zu schützen.
- Regelmäßige Prophylaxe ist Silke und Holger wichtig.

Silke und Sohn Max sind in der GKV bei Holger mitversichert. Für ihre private Ergänzung suchen sie eine gute und einfache Absicherung. Daher entscheiden sie sich für den Tarif StartZahn. Holger schließt für sich und seine Familie die Tarifstufe PK ab.

### Beitragsbeispiele für Silke, Holger und Max

- 6,75 Euro/Monat, GKV-Mitglied, 40 Jahre
- 14,50 Euro/Monat, GKV-Mitglied, 40 Jahre + Familie



### Zahnersatz

Verdoppelung des Festzuschusses der gesetzlichen Regelversorgung, aber nicht mehr als der Rechnungsbetrag (Leistungsstaffel je Person: insgesamt 750 Euro in den ersten beiden Kalenderjahren, 1.000 Euro in den ersten drei Kalenderjahren, 1.250 Euro in den ersten vier Kalenderjahren. Die Leistungsstaffel entfällt bei Unfällen, die nicht durch die Nahrungsaufnahme bedingt sind.)

### Zahnprophylaxe, professionelle Zahnreinigung

100 % bis 50 Euro je Person/Kalenderjahr (Fissurenversiegelung bis zum Ende des Monats, in dem das Kind 18 Jahre alt wird)



# StartStationär – Ihr spezieller Schutz bei Unfällen

StartStationär ist die ideale Ergänzung für Sie und Ihre Familie, wenn Ihnen eine erstklassige stationäre Versorgung bei Unfällen wichtig ist.

## Günstiger Schutz erster Klasse

Heike ist Mitglied in der GKV. Ihre Tochter Svenja und Sohn Felix sind bei ihr familienversichert. Ihr Lebenspartner Mark ist selber GKV-Mitglied. Heike wünscht für sich und ihre Kinder einen besseren Schutz im Krankenhaus – gerade bei Unfällen:

- Beim Toben oder Sport passiert schnell etwas.
- Im Krankenhaus ist eine erstklassige Unterbringung wichtig.
- Die Behandlung durch den Spezialisten liegt ihr besonders am Herzen.

Heike schließt für sich und ihre beiden Kinder StartStationär, Tarifstufe SK, ab. Ihr Lebenspartner Mark beantragt für sich den Tarif StartStationär, Tarifstufe S.

### Beitragsbeispiele für Heike, Svenja und Felix

- 4,00 Euro/Monat, GKV-Mitglied, 38 Jahre
- 8,00 Euro/Monat, GKV-Mitglied, 35 Jahre + Kinder



### Krankenhausleistungen bei Unfällen

- 100 % der Kosten für die Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer
- 100 % für die privatärztliche Behandlung nach GOÄ (ohne Begrenzung auf die Höchstsätze)

### Freie Wahl des Krankenhauses

100 % der Mehrkosten bei Wahl eines von der Einweisung abweichenden Krankenhauses in Deutschland

### Ambulante Operationen bei Unfällen

100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten einschließlich privatärztlicher Behandlung

### Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Unfällen

50 Euro je Tag bei Verzicht auf das Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und die privatärztliche Behandlung

### Leistungspauschale, Zuzahlungen bei Unfällen

- 150 Euro Leistungspauschale bei stationärem Aufenthalt von mindestens 5 Tagen infolge eines Unfalls
- 10 Euro Erstattung der Zuzahlungen pro Tag eines stationären Aufenthaltes als Folge eines Unfalls sowie der Zuzahlungen zu den Fahrtkosten

### Auslandsschutz bei Unfällen

50 Euro Krankenhaustagegeld je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes im Ausland



Sofort abschließbar -  
ohne Gesundheitsprüfung

Die Startlinie –  
Vorsorge, die zu mir passt

# Wegweiser zu Ihrem günstigen Beitrag

Die Start*Linie* ist Ihr günstiger Start in die private Ergänzung. Die Beiträge passen zu Ihrer Lebenssituation als Single, als Single mit Kind, als Partner und als Familie.



Ihre GKV-Mitgliedschaft/en	Ihre Tarifstufe/n
Sie sind <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mitglied und Beitragszahler in der GKV</li> </ul>	= S
Sie sind <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mitglied und Beitragszahler in der GKV und</li> <li>■ ein oder mehrere Kinder sind bei Ihnen beitragsfrei in der GKV familienversichert</li> </ul>	= SK
Sie sind <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mitglied und Beitragszahler in der GKV und</li> <li>■ Ihr Partner/in ist bei Ihnen beitragsfrei in der GKV familienversichert</li> </ul>	= P
Sie sind <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mitglied und Beitragszahler in der GKV und</li> <li>■ ein oder mehrere Kinder sowie Ihr Partner sind bei Ihnen beitragsfrei in der GKV familienversichert</li> </ul>	= PK
Sie und Ihr Partner sind <ul style="list-style-type: none"> <li>■ jeweils Mitglied und Beitragszahler in der GKV</li> </ul>	= S + S
Sie und Ihr Partner sind <ul style="list-style-type: none"> <li>■ jeweils Mitglied und Beitragszahler in der GKV und</li> <li>■ ein oder mehrere Kinder sind bei einem beitragsfrei in der GKV familienversichert</li> </ul>	= S + SK
Sie und Ihr Partner sind <ul style="list-style-type: none"> <li>■ jeweils Mitglied und Beitragszahler in der GKV und</li> <li>■ ein oder mehrere Kinder sind jeweils beitragsfrei in der GKV mitversichert</li> </ul>	= SK + SK



## So günstig ist Ihre Absicherung

Tarif- stufen	StartKompakt (StartK)		StartAmbulant (StartA)		StartZahn (StartZ)			StartStationär (StartS)	
	bis 65 J.	ab 66 J.	bis 65 J.	ab 66 J.	bis 50 J.	51 - 65 J.	ab 66 J.	bis 50 J.	51 - 65 J.
S	6,90	12,45	6,50	12,00	6,75	12,50	15,50	4,00	7,50
SK	11,80	18,68	11,50	17,00	7,75	13,50	16,50	8,00	11,50
P	13,80	24,90	13,00	24,00	13,50	25,00	31,00	8,00	15,00
PK	19,59	32,69	18,00	29,00	14,50	26,00	32,00	12,00	19,00





# Welche Absicherung passt zu Ihnen?

Der gesetzliche Schutz bietet eine Grundversorgung – nicht mehr und nicht weniger. Nachfolgend können Sie ermitteln, welche ergänzende Vorsorge für Sie wichtig ist.

## Schließen Sie Ihre Versorgungslücken!

Versorgungslücke	Vorsorgebedarf	Vorsorgemöglichkeiten
 Zahnersatz und professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartKompakt</li> <li>■ StartZahn</li> </ul>
Fissurenversiegelung	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartZahn</li> </ul>
 Sehhilfen (Brille und Kontaktlinsen)	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartKompakt</li> <li>■ StartAmbulant</li> </ul>
 Ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartKompakt</li> <li>■ StartAmbulant</li> </ul>
 Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartAmbulant</li> </ul>
 Versicherungsschutz für Auslandsreisen	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartKompakt</li> <li>■ StartAmbulant</li> </ul>
 Freie Wahl des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartKompakt</li> <li>■ StartStationär</li> </ul>
Erstklassige stationäre Versorgung bei Unfällen (z. B. Chefarzt/Ein-Bett-Zimmer)	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartStationär</li> </ul>
Ambulante Operationen bei Unfällen	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartStationär</li> </ul>
 Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Unfällen	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartStationär</li> </ul>
Stationäre Zuzahlungen bei Unfällen	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartStationär</li> </ul>
Stationäre Leistungspauschale bei Unfällen	<input type="checkbox"/> wichtig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ StartKompakt</li> <li>■ StartStationär</li> </ul>



# Antrag auf StartLine

Bitte beachten Sie Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 4 dieses Antrages.



## Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau  Herr  Firma  
 Nachname / Firma<sup>1</sup>  Vorname<sup>1</sup>   
 Straße, Hausnummer<sup>1</sup>  Geburtsdatum   
 Postleitzahl<sup>1</sup>  Wohnort<sup>1</sup>  Berufsstatus<sup>2</sup>   
 Telefonnummer für Rückfragen<sup>3</sup>  E-Mailadresse<sup>3</sup>

1 Vollständiger Name / Hauptwohnsitz laut Melderegister  
 2 Kennziffer siehe Seite 3  
 3 freiwillige Angaben zum Zwecke der vertraglichen Kommunikation

## Vertriebspartner/Interne Vermerke

Vep-Nr.   
 Antrags-Nr.  Versicherungs-Nr.   
 Fremd-Nr. 1  Fremd-Nr. 2   
 Fremd-Nr. 3  Adresskonto-Nr.   
 Kunden-Nr. (sofern bekannt)  Weiterer Vertrag im Verbund   
 Für Rückfragen zum Antrag:  
 Vep-Name  Telefon-Nr.

## Zu versichernde Person(en)

**Person 1**  Frau  Herr Nachname  Vorname  Geburtsdatum   
 Straße, Hausnummer<sup>1</sup>  Postleitzahl<sup>1</sup>  Wohnort<sup>1</sup>  Berufsstatus<sup>2</sup>   
 Name der Krankenkasse   Mitglied  Familienversicherung bei Person   
 Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum

**Person 2**  Frau  Herr Nachname  Vorname  Geburtsdatum   
 Straße, Hausnummer<sup>1</sup>  Postleitzahl<sup>1</sup>  Wohnort<sup>1</sup>  Berufsstatus<sup>2</sup>   
 Name der Krankenkasse   Mitglied  Familienversicherung bei Person   
 Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum

**Person 3**  Frau  Herr Nachname  Vorname  Geburtsdatum   
 Straße, Hausnummer<sup>1</sup>  Postleitzahl<sup>1</sup>  Wohnort<sup>1</sup>  Berufsstatus<sup>2</sup>   
 Name der Krankenkasse   Mitglied  Familienversicherung bei Person   
 Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum

**Person 4**  Frau  Herr Nachname  Vorname  Geburtsdatum   
 Straße, Hausnummer<sup>1</sup>  Postleitzahl<sup>1</sup>  Wohnort<sup>1</sup>  Berufsstatus<sup>2</sup>   
 Name der Krankenkasse   Mitglied  Familienversicherung bei Person   
 Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum

1 falls abweichend vom Antragsteller  
 2 Kennziffer siehe Seite 3

Ich beantrage für die zu versichernden Personen eine

## Krankenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Person	Tarif	Beitrag	Tarif	Beitrag	Tarif	Beitrag	monatlicher Gesamtbeitrag
1	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
2	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
3	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
Beitragszahlungsweise						Monatlicher Gesamtbeitrag	EUR <input type="text"/>
1/ <input type="text"/> jährlich						Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise	EUR <input type="text"/>

**Versicherungsbeginn**  **Vertragsdauer:** Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen.  
 Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Besondere Vereinbarungen

**Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen**

Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen weitere Versicherungen bzw. wurden welche beantragt oder beantragte Versicherungen abgelehnt?

Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung?

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Versicherer unerwünscht.

Per- son	Versicherer	Versicherungs- nummer	Zeitraum von – bis bzw. abgelehnt am	Wurde die Ver- sicherung beendet? nein wenn ja, von wem?	Weitere Angaben zu bestehenden Versicherungen oder Versiche- rungen, die bestanden haben <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	

VN = Versicherungsnehmer / VR = Versicherungsunternehmen (private Krankenversicherung bzw. gesetzliche Krankenversicherung)  
 1 Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz; Höhe des Krankenhaustagegeldes in Euro; Höhe des Krankentagegeldes in Euro inkl. Karenzzeit; Höhe des Pflegetagegeldes in Euro

Ich bin damit einverstanden, dass die Continentale Krankenversicherung hinsichtlich meiner Angaben ggf. Nachfrage bei den angegebenen Krankenversicherern hält, und entbinde diese angegebenen Krankenversicherer zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht.

**Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung**

**Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Mit meiner folgenden Antragsunterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein.

- Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G.
- Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
  - Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
  - Erklärungen für den Fall des Todes
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.
  - Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
  - Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
  - Datenweitergabe an Rückversicherungen
  - Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
  - Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung
- Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Nähere Informationen zu den aufgeführten Einwilligungstatbeständen finden Sie auf den Seiten 4 und 5.

**SEPA-Lastschriftmandat (sofern Antragsteller oder zu versichernde Person Kontoinhaber sind, in allen anderen Fällen bitte SEPA-Lastschriftmandat 6e.1560)**

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beträge, die sich gegebenenfalls aus weiteren Verträgen mit verschiedenen Versicherern des Continentale Versicherungsverbundes ergeben, in einer Summe abgebucht werden (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben).

Sofern Sie der Continentale Krankenversicherung a.G. bereits ein Rahmenmandat erteilt haben, werden wir dieses auch für die Einziehung der fälligen Beträge aus diesem Vertrag nutzen.

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrages in ein bereits bestehendes Rahmenmandat nicht zustimmen wollen, sondern stattdessen ein Einzelmandat wünschen, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben):

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646) durchgeführt und mit „Continentale/Europa Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a.G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbundes.

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271  
 Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646  
 Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.  
 Familien- und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber  
  
 Straße und Hausnummer  
  
 PLZ  Ort   
**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die Continentale Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen Tag vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und/oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.  
 Name und Ort des Kreditinstituts  
  
 IBAN  
  
 Datum  Unterschrift des Kontoinhabers  ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Kontoinhaber jünger 18 Jahre)

## Erklärung zur Leistungsauszahlung

Die Leistungen sollen bis auf Widerruf auf folgendes Konto überwiesen werden.

IBAN <input type="text"/>	Name und Ort des Geldinstituts <input type="text"/>	
Name und Vorname des Kontoinhabers, wenn er vom Antragsteller abweicht <input type="text"/>	Unterschrift des Kontoinhabers, wenn er vom Antragsteller abweicht <input checked="" type="checkbox"/>	ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Kontoinhaber jünger 18 Jahre) <input checked="" type="checkbox"/>

## Versicherungsantrag mit Empfangsbestätigung

Ich möchte verbindlichen Versicherungsschutz beantragen.

Ich bestätige, dass ich die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Tarife mit Tarifbedingungen) mit den jeweils dazugehörigen Musterbedingungen/Rahmenbedingungen (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) sowie die weiteren Vertragsinformationen (Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Produktinformationsblatt, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Satzung Continentale Krankenversicherung a.G., Datenschutzhinweise, Dienstleisterliste) erhalten habe.

Unterschrift des Antragstellers

## Schlussfolgerungen und Antragsunterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 4.

Bitte lesen Sie auch die Einwilligungen / Erklärungen auf den letzten Seiten. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Einwilligungen / Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum beantragten Versicherungsbeginn und nach Ablauf von Wartezeiten.

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Antragsteller/in	
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren*	ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre)
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren*	ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre)
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 3 ab 16 Jahren*	ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre)
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 4 ab 16 Jahren*	ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum	Unterschrift des Vermittlers	

\* Die Unterschrift der zu versichernden Person ist nicht erforderlich, wenn diese gleichzeitig Antragsteller ist.

## Kennziffer für den Berufsstatus

11 = Selbständiger	23 = Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	40 = geringfügig Beschäftigter (pflichtversichert)	51 = Versorgungsempfänger und Pensionär	72 = Schüler	77 = Schüler 2. Bildungsweg
12 = juristische Person	27 = Heilfürsorgeempfänger	41 = geringfügig Beschäftigter (versicherungsfrei)	52 = Rentner	73 = Auszubildender und dualer Student (BA/FH)	78 = Bundesfreiwilligendienstleistender
13 = Freiberufler	30 = Arbeitnehmer	42 = sozialversicherungsfreier Angestellter	61 = Hausfrau/Hausmann	74 = Student	79 = Meisterschüler (Vollzeit)
21 = Beihilfeberechtigter (Beamter)	35 = Arzt in Facharztausbildung		71 = Kind	76 = Wehrdienstleistender	80 = Arbeitsuchender

## A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist vom Antragsteller – sowohl für sich als auch für die zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung für eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir den Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind uns gegenüber unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen.

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

**Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?** – Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform fragen, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt wird, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

**a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes** – Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

**b) Kündigung** – Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden, sofern es sich nicht um eine Krankheits-

kostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

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

**c) Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes** – Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsanpassung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in einer Mitteilung hinweisen.

**d) Ausübung der Rechte** – Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir die Erklärung stützen. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung können wir uns nicht berufen, wenn der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

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

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

## B) Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. PAV-Card (zur Anfertigung von Versicherungskarten) weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der Vertragslaufzeit für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages unentbehrlich sind. Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Continentale Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G. (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G.

Für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages ist es erforderlich, Ihre Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen zu können. Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrages kann von uns regelmäßig nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrages unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs 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 nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Die Continentale Krankenversicherung a.G. informiert mich in jedem Einzelfall, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Krankenversicherung a.G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Continentale Krankenversicherung a.G. konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

#### 2.2. Erklärungen für den Fall des Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach

Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab oder widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Continentale Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, die Anfertigung von Versichertenkarten oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen gegebenenfalls die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbundes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung für uns und so weit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die Liste ist den Datenschutzhinweisen bei Abschluss des Versicherungsvertrages angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.continentale.de/dienstleisterliste](http://www.continentale.de/dienstleisterliste) eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste entsprechend mit einem \* gekennzeichneten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung nach Begründung des Versicherungsvertrages unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessensabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren. Ein sonstiger Widerruf kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrages unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Continentale Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbundes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung 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 die Rückversicherung die Continentale Krankenversicherung a.G. aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen 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 Rückversicherungen 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 Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an Rückversicherungen zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrages kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrages unmöglich macht.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen 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 nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, 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 Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Geben Sie uns für den Fall des Vertragsabschlusses über einen Vermittler Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Vermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrages führt zur Beendigung Ihres aktuellen Betreuungsverhältnisses und Ihre Daten werden nicht mehr an diesen Vermittler weitergegeben.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

#### 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 Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Abschluss des Versicherungsvertrages kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und unsere vertragliche Verpflichtung gegenüber dem Abschlussvermittler unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. an Abschlussvermittler auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen.

#### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten für den Fall wenn der Vertrag nicht zustande kommt nicht ab, ist eine Prüfung und weitere Bearbeitung des Antrags nicht möglich.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

## C) 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 in den Allgemeinen Vertragsinformationen und, wie auch weitere Informationen zum Datenschutz, unter [www.continentale.de/datenschutz](http://www.continentale.de/datenschutz).

## D) Einwilligungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

### 1. Zusatzvereinbarung zur Tarifvariante BKK

Mir ist bekannt, dass eine Versicherung nach den beantragten Tarifen in der Tarifvariante „BKK“ eine Beitragsvergünstigung von 3 % begründet (für die Tarife CEJ, StartA, StartK, StartS und StartZ sind in der Tarifvariante „BKK“ abweichende Vergünstigungen im Beitrag enthalten). Der reduzierte Beitrag ist im Antrag und Versicherungsschein ausgewiesen. Diese Beitragsvergünstigung wurde bei der Beitragsfestsetzung bereits berücksichtigt und gilt für den Zeitraum, in dem eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“ besteht. Während dieser Zeit wird die Tarifbezeichnung um „BKK“ ergänzt.

Für die Dauer einer Ausbildungsversicherung nach den Besonderen Bedingungen AZ ist eine Beitragsvergünstigung für die Tarifvariante „BKK“ nicht vorgesehen.

Endet die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung in der Tarifvariante „BKK“. Die Versicherung wird dann ohne Beitragsvergünstigung fortgesetzt. In diesem Fall kann ich die Versicherung für die Tarife StartA, StartK, StartS und StartZ innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall der Beitragsvergünstigung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Sollte eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nicht zustande kommen, wird die Versicherung ohne Beitragsvergünstigung geführt.

Für die korrekte Vertragsführung ist es erforderlich, dass die Continentale Krankenversicherung die Continentale BKK während der Zeit der Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der Continentale BKK über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meines/unseres Versicherungsschutzes nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. sowie über eine Namensänderung (z.B. nach Heirat) oder Adressänderung (z.B. nach Umzug) und über Versicherungszeiten informiert.

Weiter ist es erforderlich, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung sowie über eine Namens- oder Adressänderung und über Versicherungszeiten informiert.

Hierfür benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale BKK jeweils Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, falls in diesem Zusammenhang nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Einwilligung abgeben können.

Ich willige ein, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. in den oben genannten Fällen informiert und meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die Continentale Krankenversicherung a.G. übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale BKK tätigen Personen im Hinblick auf die nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. die Continentale BKK in den oben genannten Fällen informiert und meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die Continentale BKK übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung tätigen Personen im Hinblick auf die nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Diese Einwilligung endet für einen Versicherten automatisch, wenn die Mitgliedschaft oder Familienversicherung des Versicherten mit der Continentale BKK endet und die Continentale Krankenversicherung a.G. über die Beendigung informiert wurde. Gleiches gilt, wenn für den jeweils Versicherten kein Versicherungsschutz mehr nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht und die Continentale BKK über die Beendigung informiert wurde.

Diese Einwilligung zur Übermittlung von Daten ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch Erklärung in Textform widerrufen werden. Der Widerruf gegenüber einem Unternehmen ist ausreichend. Der Widerruf – auch für einzelne Personen – kann gerichtet werden an:

Continentale Betriebskrankenkasse, Königswall 22, 44137 Dortmund

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

Mit Zugang der Widerrufserklärung endet diese Einwilligung und die für die Vertragsführung erforderlichen Informationen sind vom Versicherten ab diesem Zeitpunkt direkt dem jeweiligen Unternehmen mitzuteilen.

## E) Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

### 1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Ich bin damit einverstanden, dass die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife mit den jeweils dazugehörigen Musterbedingungen/Rahmenbedingungen Bestandteil des Versicherungsvertrages werden.

### 2. Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, bevor der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder der Versicherer schriftlich die Annahme des verbindlichen Antrags erklärt.

## Risikoträger

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),

Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),

Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel,

Falko Struve

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: Dortmund

Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

## Inhaltsverzeichnis

Stand 23.02.2018

1.	<b>Produktinformationsblatt zur privaten Krankenversicherung</b>	2
2.	<b>Informationsblatt zu Versicherungsprodukten</b>	3
2.1	<b>Tarif StartK</b>	3
2.2	<b>Tarif StartA</b>	5
2.3	<b>Tarif StartS</b>	7
2.4	<b>Tarif StartZ</b>	9
3.	<b>Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag</b>	11
4.	<b>Tarife mit Tarifbedingungen</b>	11
4.1	<b>Tarif StartK</b> Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	11
4.2	<b>Tarif StartA</b> Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	13
4.3	<b>Tarif StartS</b> Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	14
4.4	<b>Tarif StartZ</b> Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	15
5.	<b>Musterbedingungen/Rahmenbedingungen</b>	16
5.1	<b>RB/EF 2011</b> Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011)	16
5.2	<b>Anhang zu den RB/EF 2011 und zu den Tarifen StartK, StartA, StartS und StartZ</b> Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und dem Sozialgesetzbuch (SGB V)	18
6.	<b>Satzung Continentale Krankenversicherung a. G.</b>	21
7.	<b>Datenschutzhinweise</b>	23
	Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a. G.	24



Mit dem nachstehenden Produktinformationsblatt und den Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag erhalten Sie einen ersten Überblick über die Ihnen vorgeschlagene Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend.

Der Vertragsinhalt ergibt sich vielmehr aus dem Antrag, den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen/Rahmenbedingungen, Tarif mit Tarifbedingungen), gegebenenfalls Besonderen Bedingungen sowie dem Versicherungsschein. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

# 1. Produktinformationsblatt zur privaten Krankenversicherung

## 1. Art des Versicherungsvertrages

Private Krankenversicherung

## 2. Vertragsinhalt: Versicherte Risiken/Leistungen

### Tarif StartK

Die Leistungen des Tarifs StartK sind in allen Tarifstufen und Tarifvarianten identisch:

Kostenerstattung für Brillen und Kontaktlinsen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, Zahnprophylaxe/Professionelle Zahnreinigung (PZR), Zahnersatz für bei Antragstellung vorhandene Zähne, freie Krankenhauswahl sowie Leistungspauschale bei einer stationären Heilbehandlung infolge eines Unfalles und Auslandsreise-Krankenversicherung

#### Tarifstufen:

- StartK-S – Mitglied in der GKV
- StartK-SK – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherte Kinder
- StartK-P – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- StartK-PK – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und
  - dessen familienversicherte Kinder

### Tarif StartA

Die Leistungen des Tarifs StartA sind in allen Tarifstufen und Tarifvarianten identisch:

Kostenerstattung für Brillen und Kontaktlinsen, Vorsorgeuntersuchungen, Impfstoffe für Schutzimpfungen, Naturheilverfahren und Auslandsreise-Krankenversicherung

#### Tarifstufen:

- StartA-S – Mitglied in der GKV
- StartA-SK – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherte Kinder
- StartA-P – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- StartA-PK – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und
  - dessen familienversicherte Kinder

### Tarif StartS

Die Leistungen des Tarifs StartS sind in allen Tarifstufen und Tarifvarianten identisch:

Erstattung von unfallbedingten Kosten für die Wahlleistung Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer, privatärztliche Behandlung in Deutschland (Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf beide Wahlleistungen), ambulante Operationen, gesetzliche Zuzahlungen sowie Zahlung einer Leistungspauschale bei mindestens fünfjährigem stationärem Aufenthalt; Krankenhaustagegeld bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung im Ausland; freie Krankenhauswahl

#### Tarifstufen:

- StartS-S – Mitglied in der GKV
- StartS-SK – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherte Kinder
- StartS-P – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- StartS-PK – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und
  - dessen familienversicherte Kinder

Abweichend von § 1 (4) RB/EF sind Mitglieder in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und deren nach § 10 SGB V familienversicherte Angehörige nicht aufnahmefähig, wenn für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits ein Anspruch auf Leistungen von der sozialen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung besteht.

### Tarif StartZ

Die Leistungen des Tarifs StartZ sind in allen Tarifstufen und Tarifvarianten identisch:

Kostenerstattung für Zahnprophylaxe/Professionelle Zahnreinigung (PZR), Fissurenversiegelung bis zum Ende des Kalendermonats, in dem die versicherte Person 18 Jahre alt wird sowie Zahnersatz für bei Antragstellung vorhandene Zähne

#### Tarifstufen:

- StartZ-S – Mitglied in der GKV
- StartZ-SK – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherte Kinder
- StartZ-P – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- StartZ-PK – Mitglied in der GKV und
  - dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und
  - dessen familienversicherte Kinder

Detaillierte Leistungsbeschreibungen finden Sie immer innerhalb des jeweiligen Tarifs unter dem Abschnitt „Leistungen des Versicherers“. Dort werden ggf. auch tariflich ausgeschlossene Risiken, Leistungseinschränkungen, Summenbegrenzungen etc. genannt.

## 3. Beitrag

Der tarifliche Gesamtbeitrag beträgt monatlich \_\_\_\_\_ EUR.

Dieser Beitrag entspricht dem im Antrag ausgewiesenen Beitrag.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein unter „Vertragsstand ab“ ausgewiesenen Datum. Die weiteren Beiträge sind jeweils am Ersten eines Monats fällig. Bei unterbliebener oder verspäteter Zahlung kann der Versicherungsschutz ganz oder teilweise entfallen. Einzelheiten zu den Folgen finden Sie jeweils in § 8 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

## 4. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht beispielsweise in der privaten Krankenversicherung für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

Diese und weitere tarifübergreifende Leistungseinschränkungen finden Sie jeweils in § 5 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011) sowie in Abschnitt B IV des Tarifs StartS.

## 5. Obliegenheiten bei Vertragsabschluss

Ihre Angaben im Antrag müssen wahrheitsgemäß und vollständig sein (Anzeigepflicht).

Die bei Vertragsabschluss geltenden Obliegenheiten finden Sie in § 19 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), abgedruckt im Anhang zu den Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

Bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten (auch durch versicherte Personen) können Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Einzelheiten finden Sie in § 19 Absätze 2 bis 6 VVG, abgedruckt im Anhang zu den Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

## 6. Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit

Während der Laufzeit des Vertrages besteht beispielsweise die Verpflichtung den Abschluss weiterer Krankenversicherungen anzuzeigen.

Diese und weitere während der Vertragslaufzeit geltenden Obliegenheiten finden Sie jeweils in § 9 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

Bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten kann der Versicherer die Leistungen mindern oder verweigern und gegebenenfalls den Vertrag kündigen. Einzelheiten finden Sie jeweils in § 10 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

## 7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles

Es besteht beispielsweise die Verpflichtung, bei Eintritt des Versicherungsfalles alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich sind. Gemäß Abschnitt C 2 des Tarifs StartS muss, damit der Versicherer eine Leistungsprüfung vornehmen kann, ein vollständig ausgefüllter Unfallbericht des Versicherers sowie alle weiteren benannten erforderlichen Leistungsunterlagen eingereicht werden.

Diese und weitere bei Eintritt des Versicherungsfalles geltenden Obliegenheiten finden Sie ebenfalls jeweils in § 9 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

Bei einer Verletzung der Obliegenheiten kann der Versicherer die Leistungen mindern oder verweigern und gegebenenfalls den Vertrag kündigen. Einzelheiten finden Sie jeweils in § 10 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

## 8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmklärung), nicht vor Beginn der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung nach § 10 SGB V in der GKV (für Tarifvariante BKK in der Continentale BKK) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Der Versicherungsschutz gilt für die Vertragslaufzeit, es sei denn, es wurde etwas anderes vereinbart.

Einzelheiten finden Sie jeweils in § 2 und § 7 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

## 9. Ihre Möglichkeiten der Vertragsbeendigung

Zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, können Sie die Versicherung unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten ordentlich kündigen. Ferner können Sie die Versicherung beispielsweise bei einer Beitragserhöhung vorzeitig außerordentlich kündigen. Eine Übersicht Ihrer Kündigungsrechte finden Sie in § 13 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).

# Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu  
Versicherungsprodukten



**Unternehmen:**  
Continentale Krankenversicherung a.G.  
Deutschland

**Produkt:**  
StartK

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif StartK. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus den Rahmenbedingungen RB/EF 2011 und dem Tarif StartK, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung, die den Krankenversicherungsschutz im gesetzlichen Sozialversicherungssystem ergänzt. Sie ergänzt Ihren Versicherungsschutz gegen das Krankheitskostenrisiko.



### Was ist versichert?

- ✓ Kostenerstattung für Brillen und Kontaktlinsen, Vorsorgeuntersuchungen und Impfstoffe für Schutzimpfungen, Zahnprophylaxe/Professionelle Zahnreinigung, Zahnersatz für bei Antragstellung vorhandene Zähne
- ✓ freie Krankenhauswahl sowie Leistungspauschale bei einer stationären Heilbehandlung infolge eines Unfalls
- ✓ Auslandsreise-Krankenversicherung

Ihre genauen versicherten Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartK.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartK (Tarif StartK, RB/EF 2011).



### Gibt es Deckungseinschränkungen?

Nicht in allen Leistungsbereichen übernimmt der Tarif eine Komplettddeckung. So kann es Deckungsbeschränkungen auf Höchstbeträge oder prozentuale Beschränkungen geben.

Zum Beispiel:

- ! Der Tarif erstattet die Kosten für ärztlich verordnete Brillen oder Kontaktlinsen je Leistungsperiode bis zu 100 Euro
- ! Die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden bis zu 150 Euro je Kalenderjahr erstattet
- ! Die Aufwendersatz für Zahnersatz ist prozentual beschränkt
- ! Für Zahnersatz beinhaltet der Tarif in den ersten fünf Kalenderjahren eine tarifliche Leistungsstaffel. Diese gilt nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa
- ✓ Unter gewissen Umständen und zeitlichen Beschränkungen auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Genauere Regelungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartK und den Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird keine Gesundheitsprüfung durchgeführt. In den Versicherungsschutz sind nur die bei Antragsstellung vorhandenen Zähne sowie mit Zahnersatz versorgte Zähne eingeschlossen. Bei Antragsstellung notwendige, angeratene oder beabsichtigte Zahnersatzmaßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist
- Während der Laufzeit des Tarifs besteht die Verpflichtung, den Abschluss weiterer Krankenversicherungen anzuzeigen
- Auf Verlangen sind Sie verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen
- Sie haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind



### Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und kann in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Der Jahresbeitrag ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und dem Verlust des Versicherungsschutzes führen
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten



### Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen
- Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses nach diesem Tarif, beispielsweise wenn die versicherte Person stirbt, aus der GKV ausscheidet oder ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des EU/EWR-Raumes verlegt



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen

# Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu  
Versicherungsprodukten



**Unternehmen:**  
Continentale Krankenversicherung a.G.  
Deutschland

**Produkt:**  
StartA

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif StartA. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus den Rahmenbedingungen RB/EF 2011 und dem Tarif StartA, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung, die den Krankenversicherungsschutz im gesetzlichen Sozialversicherungssystem ergänzt. Sie ergänzt Ihren Versicherungsschutz gegen das Krankheitskostenrisiko.



### Was ist versichert?

- ✓ Kostenerstattung für Brillen und Kontaktlinsen, Vorsorgeuntersuchungen, Impfstoffe für Schutzimpfungen und Naturheilverfahren
  - ✓ Auslandsreise-Krankenversicherung
- Ihre genauen versicherten Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartA.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartA (Tarif StartA, RB/EF 2011).



### Gibt es Deckungseinschränkungen?

Nicht in allen Leistungsbereichen übernimmt der Tarif eine Komplettddeckung. So kann es Deckungsbeschränkungen auf Höchstbeträge oder prozentuale Beschränkungen geben.

Zum Beispiel:

- ! Der Tarif erstattet die Kosten für ärztlich verordnete Brillen oder Kontaktlinsen je Leistungsperiode bis zu 150 Euro
- ! Die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden bis zu 150 Euro je Kalenderjahr erstattet
- ! Die Kosten für Naturheilverfahren werden bis zu 150 Euro je Kalenderjahr erstattet



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa
- ✓ Unter gewissen Umständen und zeitlichen Beschränkungen auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Genauere Regelungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartA und den Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird keine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Im Versicherungsfall haben Sie auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist.
- Während der Laufzeit des Tarifs besteht die Verpflichtung, den Abschluss weiterer Krankenversicherungen anzuzeigen
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist
- Auf Verlangen sind Sie verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen
- Sie haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind



### Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und kann in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Der Jahresbeitrag ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und dem Verlust des Versicherungsschutzes führen
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten



### Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen
- Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses nach diesem Tarif, beispielsweise wenn die versicherte Person stirbt, aus der GKV ausscheidet oder ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des EU/EWR-Raumes verlegt



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen

# Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu  
Versicherungsprodukten



**Unternehmen:**  
Continentale Krankenversicherung a.G.  
Deutschland

**Produkt:**  
StartS

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif StartS. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus den Rahmenbedingungen RB/EF 2011 und dem Tarif StartS, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung, die den Krankenversicherungsschutz im gesetzlichen Sozialversicherungssystem ergänzt. Sie ergänzt Ihren Versicherungsschutz gegen das Krankheitskostenrisiko.



### Was ist versichert?

- ✓ Erstattung von unfallbedingten Kosten für die Wahlleistung Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer, privatärztliche Behandlung in Deutschland, ambulante Operationen, gesetzliche Zuzahlungen sowie Zahlung einer Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationärem Aufenthalt
- ✓ Krankenhaustagegeld bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung im Ausland
- ✓ freie Krankenhauswahl in Deutschland

Ihre genauen versicherten Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartS.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Stationäre Kosten die nicht aufgrund eines Unfalls entstehen
- ✗ Unfälle aufgrund von besonderen Umständen sind vom Versicherungsschutz ausgenommen, beispielsweise, solche bei der Ausübung von bestimmten Risikosportarten
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartS (Tarif StartS, RB/EF 2011).



### Gibt es Deckungseinschränkungen?

Nicht in allen Leistungsbereichen übernimmt der Tarif eine Komplettddeckung. So kann es Deckungsbeschränkungen auf Höchstbeträge oder prozentuale Beschränkungen geben.

Zum Beispiel:

- ! Der Tarif zahlt ein Krankenhaustagegeld von 50 Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes, wenn Anspruch auf Versicherungsschutz für die Wahlleistung Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und privatärztliche Behandlung besteht und auf diese Ansprüche verzichtet wird
- ! Wenn bei Eintritt des Versicherungsfalls ein Anspruch auf Leistungen von der SPV bzw. der PPV besteht, besteht nur ein Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld von 50 Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes sowie auf Leistungen für gesetzliche Zuzahlungen und die freie Krankenhauswahl



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa
- ✓ Unter gewissen Umständen und zeitlichen Beschränkungen auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Genauere Regelungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartS und den Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird keine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Im Versicherungsfall haben Sie auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist
- Während der Laufzeit des Tarifs besteht die Verpflichtung, den Abschluss weiterer Krankenversicherungen anzuzeigen
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist
- Auf Verlangen sind Sie verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen
- Sie haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind



### Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und kann in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Der Jahresbeitrag ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und dem Verlust des Versicherungsschutzes führen
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten



### Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen
- Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses nach diesem Tarif, beispielsweise wenn die versicherte Person stirbt, aus der GKV ausscheidet oder ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des EU/EWR-Raumes verlegt



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen

# Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu  
Versicherungsprodukten



Unternehmen:  
Continentale Krankenversicherung a.G.  
Deutschland

Produkt:  
StartZ

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif StartZ. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus den Rahmenbedingungen RB/EF 2011 und dem Tarif StartZ, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenversicherung, die den Krankenversicherungsschutz im gesetzlichen Sozialversicherungssystem ergänzt. Sie ergänzt Ihren Versicherungsschutz gegen das Krankheitskostenrisiko.



### Was ist versichert?

- ✓ Kostenerstattung für Zahnprophylaxe/ Professionelle Zahnreinigung (PZR), Fissurenversiegelung bis zum Ende des Kalendermonats, in dem die versicherte Person 18 Jahre alt wird sowie Zahnersatz für bei Antragstellung vorhandenen Zähne

Ihre genauen versicherten Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartZ.



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartZ (Tarif StartZ, RB/EF 2011).



### Gibt es Deckungseinschränkungen?

Nicht in allen Leistungsbereichen übernimmt der Tarif eine Komplettddeckung. So kann es Deckungsbeschränkungen auf Höchstbeträge oder prozentuale Beschränkungen geben.

Zum Beispiel:

- ! Der Tarif erstattet die Kosten für Maßnahmen zur Zahnprophylaxe/Professionelle Zahnreinigung und Fissurenversiegelung mit 100 % bis zu insgesamt 50 Euro je Kalenderjahr
- ! Für Zahnersatz beinhaltet der Tarif in den ersten vier Kalenderjahren eine tarifliche Leistungsstaffel. Diese gilt nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa
- ✓ Unter gewissen Umständen und zeitlichen Beschränkungen auch bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Genauere Regelungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif StartZ und den Rahmenbedingungen (RB/EF 2011).





### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird keine Gesundheitsprüfung durchgeführt. In den Versicherungsschutz sind nur die bei Antragsstellung vorhandenen Zähne sowie mit Zahnersatz versorgte Zähne eingeschlossen. Bei Antragsstellung notwendige, angeratene oder beabsichtigte Zahnersatzmaßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist
- Während der Laufzeit des Tarifs besteht die Verpflichtung, den Abschluss weiterer Krankenversicherungen anzuzeigen
- Auf Verlangen sind Sie verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen
- Sie haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind



### Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und kann in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Der Jahresbeitrag ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und dem Verlust des Versicherungsschutzes führen
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten



### Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen
- Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses nach diesem Tarif, beispielsweise wenn die versicherte Person stirbt, aus der GKV ausscheidet oder ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des EU/EWR-Raumes verlegt



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen

### 3. Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag

#### 1. Identität und Anschrift des Versicherers

Die Versicherung wird bei der Continentale Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Dortmund abgeschlossen. Es handelt sich um einen Versicherungsvertrag 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. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel,  
Falko Struve  
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 Versicherungsbedingungen (RB/EF 2011 und die Tarife mit Tarifbedingungen – siehe auch Produktinformationsblatt – 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 Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht. Welches Gericht ggf. zuständig ist, wird in § 17 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011) geregelt.

#### 4. Beitragshöhe und zusätzliche Kosten

Der monatliche Gesamtbeitrag ist dem Antrag zu entnehmen. Zusätzlich können weitere Kosten und Gebühren bei Rückläufern im Lastschriftverfahren in der Regel zwischen 10 und 20 Euro – anhängig vom Kreditinstitut – sowie Mahngebühren in Höhe von 5,00 Euro je rückständigem Monatsbeitrag erhoben werden; bei Zusatzversicherungen einmalig 0,50 Euro.

#### 5. Beitragszahlung

Für die Beitragszahlung stehen verschiedene Zahlungswege (z. B. Beitragseinzug) und unterschiedliche Zahlungsweisen (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) zur Wahl. Wie Sie sich entschieden haben, ist im Antrag vermerkt.

#### 6. Zustandekommen des Vertrages und Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn Sie den Versicherungsschein oder die Annahmeerklärung erhalten haben, frühestens zu dem im Versicherungsschein auf der ersten Seite unter „Vertragsstand ab“ ausgewiesenen Datum. Gegebenenfalls sind Wartezeiten einzuhalten.

Die Einzelheiten sind in § 2 der Muster-/Rahmenbedingungen (RB/EF 2011) aufgeführt.

#### 7. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an den Versicherer (Anschrift siehe Ziffer 1) zu richten.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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, dürfen wir 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.) Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, 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 von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

#### 8. Vertragslaufzeit

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht von Ihnen mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Versicherungsjahresende gekündigt wird.

#### 9. Vertragsbeendigung

Ihre Möglichkeiten der Vertragsbeendigung sind unter Ziffer 9 des Produktinformationsblattes beschrieben.

#### 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, können Sie sich jederzeit an einen Ihrer Ansprechpartner wenden. Mit dem Versicherungsschein erhalten Sie ein separates Blatt, auf dem alle Ansprechpartner aufgeführt sind.

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

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag 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 beschreiten, wird durch die Nutzung einer oder mehrerer der dargestellten Beschwerdemöglichkeiten nicht berührt.

### 4. Tarife mit Tarifbedingungen

#### 4.1 Tarif Start Kompakt (StartK)

#### Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs StartK für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

##### Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

##### A) Allgemeine Bestimmungen

##### 1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

##### a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung 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. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B IV.

##### b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 7 RB/EF 2011 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

##### c) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e RB/EF 2011 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

##### d) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 5 RB/EF 2011 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.

##### 2. Wartezeiten

a) Für Brillen oder Kontaktlinsen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen sowie für Mehrkosten für Krankenhausleistungen (vgl. Abschnitt B I sowie Abschnitt B II 2) gilt die allgemeine Wartezeit von drei Monaten.

b) Für Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung und Zahnersatz (vgl. Abschnitt B III) gilt die besondere Wartezeit von acht Monaten.

c) Die Wartezeiten entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B IV und bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.

##### B) Leistungen des Versicherers

Die Behandlungen dürfen nur von Ärzten und Zahnärzten mit Kassenzulassung nach § 95 SGB V (siehe Anhang) durchgeführt werden. Dies gilt nicht für Leistungen nach Abs. IV und § 1 Abs. 6 RB/EF 2011.

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 4 RB/EF 2011 entfällt, mit Ausnahme der Leistung nach Abs. III 2.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar eines Jahres, ermäßigen sich die nachfolgenden Höchstleistungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat. Dies gilt nicht für die Höchstleistungsbeträge bei Brillen oder Kontaktlinsen (vgl. Abs. I 1), bei Zahnersatz (vgl. Abs. III 2) und bei Auslandsaufenthalten (vgl. Abs. IV).

##### I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

##### 1. Brillen oder Kontaktlinsen

Die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden je Leistungsperiode mit 100 % bis zu insgesamt 100,- Euro je versicherte Person erstattet. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

##### 2. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Die Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Impfstoffe für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standard- bzw. Reiseschutzimpfung empfohlen werden, werden mit 100 % bis zu insgesamt 150,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

Die erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgeuntersuchungen sind in der anhängenden Liste der Vorsorgeuntersuchungen aufgeführt.

##### II. Kosten stationärer Heilbehandlung

##### 1. Leistungspauschale bei einer stationären Heilbehandlung infolge eines Unfalles

Gezahlt wird eine Leistungspauschale von 150,- Euro je Versicherungsfall bei einem stationären Aufenthalt infolge eines Unfalles. Der stationäre Aufenthalt muss mindestens fünf aufeinanderfolgende vollstationäre Tage umfassen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär. Die Leistungspauschale wird nur für Unfälle gezahlt, die bis zum Ende des Kalenderjahres eingetreten sind, in dem die versicherte Person 75 Jahre alt wird.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

##### 2. Mehrkosten für Krankenhausleistungen

Erstattet werden 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. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

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

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 RB/EF 2011 ist nicht erforderlich.

### III. Kosten zahnärztlicher Leistungen

#### 1. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Die Kosten für Maßnahmen zur Zahnprophylaxe / PZR werden mit 100 % bis zu 50,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

Erstattungsfähig sind 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 sowie die Behandlung, die Fluoridierung und die Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen.

#### 2. Zahnersatz

Erstattet werden 35 % des nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V (siehe Anhang) festgesetzten Betrages für die jeweilige Regelversorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen).

Die Kosten für Zahnersatz werden ab dem Zeitpunkt, zu dem Versicherungsschutz nach diesem Tarif besteht, je versicherte Person auf folgende maximale Erstattungsbeträge (Leistungsstaffel) begrenzt:

- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 200,- Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 300,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 400,- Euro
- in den ersten fünf Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500,- Euro

Ab dem 6. Kalenderjahr wird ohne betragsmäßige Begrenzung im tariflichen Rahmen geleistet. Die aufgeführte Leistungsstaffel gilt nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Beginn des Versicherungsschutzes der versicherten Person ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

Das Jahr des Beginns des Versicherungsschutzes der versicherten Person gilt als erstes Kalenderjahr.

In den Versicherungsschutz sind nur die bei Antragstellung für die jeweilige versicherte Person vorhandenen Zähne sowie mit Zahnersatz versorgte Zähne eingeschlossen. Zähne, die aufgrund des Kindesalters noch nicht sichtbar sind, gelten als vorhanden. Bei Antragstellung notwendige, angeratene oder beabsichtigte Zahnersatzmaßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

### IV. Kosten bei Auslandsaufenthalten

#### 1. Leistungsumfang

Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

##### a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
- Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen. Sondennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalles), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u.ä.;
- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen.

Anstelle des Kostenersatzes für eine vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhausentgelt von 25,- Euro gewährt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahe stehenden Person medizinisch notwendig ist;

- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus.

##### b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Interventionsmaßnahmen eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung vorgenommen wird. Die Kosten für eine Begleitperson werden erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

##### c) Überführungs- oder Bestattungskosten

Überführungskosten sind die Kosten, die im Todesfall eines Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro je versicherte Person; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

##### d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherte Person.

#### 2. Dauer des Versicherungsschutzes

Abweichend von § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer

veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 RB/EF 2011 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) genannten Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 RB/EF 2011).

#### 3. Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners nach dem LPartG oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostensersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburat notwendig ist;
- Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
- Hilfsmittel (z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;
- Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

#### 4. Geltungsbereich

Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.

#### C) Leistungen des Versicherungsnehmers

##### 1. Beitrag

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV 66 Jahre alt wird, ist der Beitrag der folgenden Altersgruppe zu zahlen.

##### 2. Leistungsunterlagen

Für die Erstattung der Kosten für Zahnersatz muss zusätzlich zu den in § 6 RB/EF 2011 aufgeführten Unterlagen ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, auf dem die Höhe der Vorleistung der GKV vermerkt sein muss.

Zur Erstattung der Leistungspauschale (vgl. Abschnitt B II 1) sind eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Diagnose und ein Unfallbericht erforderlich.

##### D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung sind in der Satzung geregelt.

#### Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die nach Abschnitt B I 2 erstattungsfähig sind:

- Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat
- Früherkennungs-Untersuchung U9a im 8. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung U9b im 10. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung J2 im 14. bis 17. Lebensjahr
- Großer Gesundheits-Check: Untersuchungen mit
  1. Anamnese  
Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
  2. Klinische Untersuchung  
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus)  
ggf. einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- Große Krebsvorsorge für Frauen: Klinische Untersuchung, einschließlich Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
- Große Krebsvorsorge für Männer: Klinische Untersuchung, einschließlich Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschließlich Dermatoskopie
- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
- Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens („PSA-Test“)
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung („Schiel-Vorsorge“)
- Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie („Glaukom-Vorsorge“)
- Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Lungenfunktionstest
- Schilddrüsen – Vorsorgeuntersuchung mittels Bestimmung des schilddrüsenstimulierenden Hormons (TSH) und Ultraschalluntersuchung des Organs

## 4.2 Tarif Start Ambulant (StartA)

### Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs StartA für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

#### Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

##### A) Allgemeine Bestimmungen

###### 1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung.

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continental Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

###### a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung 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. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B II.

###### b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 7 RB/EF 2011 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

###### c) Leistungspflicht bei anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e RB/EF 2011 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

###### d) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 5 RB/EF 2011 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 neuem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

###### 2. Wartezeiten

a) Für Brillen oder Kontaktlinsen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen sowie für Naturheilverfahren (vgl. Abschnitt B II) gilt die allgemeine Wartezeit von drei Monaten.

b) Die Wartezeiten entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B II und bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.

###### B) Leistungen des Versicherers

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 4 RB/EF 2011 entfällt.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar eines Jahres, ermäßigen sich die nachfolgenden Höchstleistungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat. Dies gilt nicht für die Höchstleistungsbeträge bei Brillen oder Kontaktlinsen (vgl. Abs. I 1) und bei Auslandsaufenthalten (vgl. Abs. II).

###### I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

###### 1. Brillen oder Kontaktlinsen

Die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden je Leistungsperiode mit 100 % bis zu insgesamt

- 150,- Euro je versicherte Person ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, erstattet;
- 75,- Euro je versicherte Person bis zum 31.12. des Kalenderjahres vor Vollendung des 18. Lebensjahres erstattet.

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

Für die Leistungsperiode, in der die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, werden die Kosten insgesamt bis zu 150,- Euro erstattet.

###### 2. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Die Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Impfstoffe für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standard- bzw. Reiseschutzimpfung empfohlen werden, werden mit 100 % bis zu insgesamt 150,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

Die erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgeuntersuchungen sind in der anhängenden Liste der Vorsorgeuntersuchungen aufgeführt.

###### 3. Naturheilverfahren

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 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem anhängenden Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren ergeben.

Die Kosten für Naturheilverfahren und verordnete Arzneimittel (einschließlich Zuzahlungen) im Rahmen von Naturheilverfahren werden insgesamt bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person wie folgt erstattet:

- Die Kosten für Naturheilverfahren bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebÜH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührenziffern werden zu 50 % erstattet.
- Im Rahmen von Naturheilverfahren verordnete, von der GKV nicht erstattungsfähige Arzneimittel werden zu 50 % erstattet.
- Im Rahmen von Naturheilverfahren anfallende Zuzahlungen zu von der GKV erstattungsfähigen Arzneimitteln nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) werden zu 100 % erstattet.

Insgesamt werden unter Anrechnung einer eventuellen Leistung der GKV maximal 100 % des Rechnungsbetrages erstattet.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Naturheilverfahren, die durch die in § 4 Abs. 2 RB/EF 2011 genannten Leistungserbringer entstehen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische und psychiatrische Leistungen.

###### II. Kosten bei Auslandsaufenthalten

###### 1. Leistungsumfang

Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

###### a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
- Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen. Sondernahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine

Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalles), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u.ä.;

- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;

- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassenen Rücktransportes übernommen.

Anstelle des Kostenersatzes für eine vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhausgeld von 25,- Euro gewährt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahe stehenden Person medizinisch notwendig ist;

- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus.

###### b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung vorgenommen wird. Die Kosten für eine Begleitperson werden erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

###### c) Überführungs- oder Bestattungskosten

Überführungskosten sind die Kosten, die im Todesfall eines Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro je versicherte Person; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

###### d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherte Person.

###### 2. Dauer des Versicherungsschutzes

Abweichend von § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassenen Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen. Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 RB/EF 2011 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) genannten Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 RB/EF 2011).

###### 3. Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners nach dem LPartG oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
- Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
- Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;
- Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

###### 4. Geltungsbereich

Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.

###### C) Leistungen des Versicherungsnehmers

###### 1. Beitrag

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV 66 Jahre alt wird, ist der Beitrag der folgenden Altersgruppe zu zahlen.

###### 2. Leistungunterlagen

Sofern die GKV im Rahmen von Naturheilverfahren nach Abschnitt B I 3 keine Vorleistung erbringt, sind abweichend von § 6 Abs. 1 RB/EF 2011 die Original-Rechnungen einzureichen. Ein Vorleistungsvermerk der GKV ist insoweit nicht erforderlich.

###### D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung sind in der Satzung geregelt.

## Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die nach Abschnitt B I 2 erstattungsfähig sind:

- Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung („Schiel-Vorsorge“)
- Früherkennungs-Untersuchung U9a im 8. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung U9b im 10. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung J2 im 14. bis 17. Lebensjahr
- Großer Gesundheits-Check: Untersuchungen mit
  1. Anamnese  
Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
  2. Klinische Untersuchung  
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus)  
ggf. einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- Lungenfunktionstest
- Schilddrüsen – Vorsorgeuntersuchung mittels Bestimmung des schilddrüsenstimulierenden Hormons (TSH) und Ultraschalluntersuchung des Organs
- Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie („Glaukom-Vorsorge“)
- Große Krebsvorsorge für Frauen: Klinische Untersuchung, einschließlich Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
- Große Krebsvorsorge für Männer: Klinische Untersuchung, einschließlich Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschließlich Dermatoskopie
- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
- Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens („PSA-Test“)
- Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht

## 4.3 Tarif Start Stationär (StartS)

### Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs StartS für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

#### Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

##### A) Allgemeine Bestimmungen

###### 1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

###### a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung 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.

###### b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 7 RB/EF 2011 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

###### 2. Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

###### 3. Personenkreis

Abweichend von § 1 Abs. 4 RB/EF 2011 sind Mitglieder in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und deren nach § 10 SGB V (siehe Anhang) familienversicherte Angehörige nicht aufnahmefähig, wenn für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits ein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht.

##### B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Buchstabe a und b) 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 unentrichtbar 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 gezerzt 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).

Wenn für die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Anspruch auf Leistungen von der SPV bzw. der PPV besteht, hat diese nur einen Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld von 50,- Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes sowie auf Leistungen nach Abs. I Nr. 5 und Abs. II. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

Aufwendungen für stationäre psychotherapeutische und stationäre psychiatrische Leistungen sowie Anschlussrehabilitationen/Anschlussheilbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.

Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Erstattung der Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach Abs. II auch dann, wenn kein Unfall eingetreten ist.

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 4 RB/EF 2011 entfällt.

##### I. Kosten stationärer Heilbehandlung in Deutschland infolge eines Unfalls

###### 1. Gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer

Erstattet werden die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer. Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind.

###### 2. Privatärztliche Behandlung

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 § 115 a SGB V.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

###### 3. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Gezahlt wird ein Krankenhaustagegeld von 50,- Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes, wenn für die versicherte Person Anspruch auf Versicherungsschutz für die gesondert berechnete Unterkunft (Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer) nach Nr. 1 und privatärztliche Behandlung nach Nr. 2 besteht und sie auf diese Ansprüche verzichtet. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

###### 4. Ambulante Operationen

Erstattet werden die Kosten für ambulante Operationen im Krankenhaus. Die Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen werden erstattet, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen.

Erstattungsfähig sind nur ambulante Operationen von im Krankenhaus angestellten Ärzten und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115 b 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 Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

###### 5. Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden

a) die nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen je Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes und

b) die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten.

#### 6. Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationären Aufenthalt

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

Für die Leistungspauschale entfällt die Einschränkung der Leistungspflicht nach Abschnitt IV.

#### II. Mehrkosten für Krankenhausleistungen in Deutschland

Erstattet werden 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. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

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

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 RB/EF 2011 ist nicht erforderlich.

#### III. Kosten stationärer Heilbehandlung im Ausland infolge eines Unfalls

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

#### IV. Einschränkung der Leistungspflicht

In Erweiterung von § 5 RB/EF 2011 besteht kein Versicherungsschutz für folgende Unfälle:

- 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 Fahrtüchtigkeit) 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.
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht.
- 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 ausübenden beruflichen Tätigkeit;
  - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- 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.
- Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 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.
- Unfälle der versicherten Person in Ausübung von risikoreichen Sportarten (z.B. Bungee-Jumping, Skysurfing, Paragliding, Drachenfliegen, Canyoning, Freeclimbing, Boxen und andere Kampfsportarten).
- Unfälle der versicherten Person in Ausübung von folgenden beruflichen Tätigkeiten: Artisten, Dompteure, Tierbändiger und -pfleger, Brückenbauer, Munitions- und Räumtruppen, Sprengmeister, Berufstaucher, Rennreiter, Untertage Tätige, Fallschirmsportlehrer sowie Stuntmen.

In Erweiterung von § 5 RB/EF 2011 sind folgende Beeinträchtigungen ausgeschlossen:

- 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.
- Bauch- und Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 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.
- Infektionen, die während der unfallbedingten Krankenhausbehandlung entstehen und diesen Krankenhausaufenthalt verlängern, sind jedoch versichert. Ein erneuter Krankenhausaufenthalt zur Behandlung dieser Infektion ist nicht versichert.

#### C) Leistungen des Versicherungsnehmers

##### 1. Beitrag

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV 51, 66 und 76 Jahre alt wird, ist der Beitrag der jeweils folgenden Altersgruppe zu zahlen.

##### 2. Leistungsunterlagen

Sofern die GKV im Rahmen der Leistungen nach Abschnitt B I 1 und 2 keine Vorleistung erbringt, sind abweichend von § 6 Abs. 1 RB/EF 2011 die Original-Rechnungen einzureichen. Ein Vorleistungsvermerk der GKV ist insoweit nicht erforderlich.

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.

##### D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung sind in der Satzung geregelt.

#### 4.4 Tarif Start Zahn (StartZ)

#### Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs StartZ für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

#### Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

##### A) Allgemeine Bestimmungen

##### 1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continental Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

##### a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung 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.

##### b) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 5 RB/EF 2011 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.

##### 2. Wartezeiten

Für Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelung und Zahnersatz gilt die besondere Wartezeit von acht Monaten.

##### B) Leistungen des Versicherers

Die zahnärztlichen Maßnahmen dürfen nur von Zahnärzten mit einer Kassenzulassung nach § 95 SGB V (siehe Anhang) durchgeführt werden.

##### 1. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR) und Fissurenversiegelung

Erstattet werden die Kosten für Maßnahmen zur Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung mit 100 % bis zu insgesamt 50,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person.

Erstattungsfähig sind 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 sowie die Behandlung, die Fluoridierung und die Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen.

Die Fissurenversiegelung nach Satz 1 ist nur bis zum Ende des Kalendermonats erstattungsfähig, in dem die versicherte Person 18 Jahre alt wird. Die Fissurenversiegelung ist nur für die Zähne erstattungsfähig, für die dem Grunde nach kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 4 RB/EF 2011 entfällt.

##### 2. Zahnersatz

Erstattet wird der gleiche Betrag, den die GKV für im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführte Zahnersatzmaßnahmen als Festzuschuss nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) einschließlich bonusbedingter Erhöhungen nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) gezahlt hat. Zusammen mit der Leistung der GKV, anderen Erstattungsverpflichteten sowie weiteren Krankheitskostenversicherungen des Versicherers werden insgesamt bis zu 100 % des Rechnungsbetrages erstattet.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Kronen, prothetische zahnärztliche Leistungen, Brücken, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich deren Reparatur sowie Material- und Laborkosten.

Die Kosten für Zahnersatz werden ab dem Zeitpunkt, zu dem Versicherungsschutz nach diesem Tarif besteht, je versicherte Person für die ersten vier Kalenderjahre auf folgende maximale Erstattungsbeträge (Leistungsstaffel) begrenzt:

- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 750,- Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.250,- Euro

Die aufgeführte Leistungsstaffel gilt nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Beginn des Versicherungsschutzes der versicherten Person ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

Das Jahr des Beginns des Versicherungsschutzes der versicherten Person gilt als erstes volles Kalenderjahr.

In den Versicherungsschutz sind nur die bei Antragstellung für die jeweilige versicherte Person vorhandenen Zähne sowie mit Zahnersatz versorgte Zähne eingeschlossen. Zähne, die aufgrund des Kindesalters noch nicht sichtbar sind, gelten als vorhanden. Bei Antragstellung notwendige, angeratene oder beabsichtigte Zahnersatzmaßnahmen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

##### C) Leistungen des Versicherungsnehmers

##### 1. Beitrag

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV 51 und 66 Jahre alt wird, ist der Beitrag der jeweils folgenden Altersgruppe zu zahlen.

##### 2. Leistungsunterlagen

Für die Erstattung der Kosten für Zahnersatz muss zusätzlich zu den in § 6 RB/EF 2011 aufgeführten Unterlagen ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, auf dem die Höhe der Vorleistung der GKV vermerkt sein muss.

##### D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung sind in der Satzung geregelt.

## 5. Musterbedingungen/Rahmenbedingungen

### 5.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011)

#### Der Versicherungsschutz

##### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
  - in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
  - in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- 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, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
  - Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
  - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
  - Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I: Rahmenbedingungen mit Anhang, Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- Aufnahmefähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Mitglieder in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Darüber hinaus können Personen mitversichert werden, die nach § 10 SGB V (siehe Anhang) über das Mitglied familienversichert sind.
- Die Versicherung nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann nach den Tarifstufen S, SK, P und PK vereinbart werden.

Tarifstufen	Versicherungsfähige Personen nach Abs. 4 Satz 2 und 3
S	– Mitglied in der GKV
SK	– Mitglied in der GKV und – dessen familienversicherte Kinder
P	– Mitglied in der GKV und – dessen familienversicherter Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
PK	– Mitglied in der GKV, – dessen familienversicherte Kinder sowie – der familienversicherte Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner nach dem LPartG

- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis in der Weise fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

##### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Beginn der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung nach § 10 SGB V (siehe Anhang) in der GKV und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbegins an. Bei Abschluss einer Versicherung nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu bzw. anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angegliedert.
- Für Personen, die einen Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V (siehe Anhang) erlangen, beginnt der Versicherungsschutz nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Anspruch auf Familienversicherung entsteht.

Die Wartezeiten entfallen, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens sechs Monate nach dem Tag des Beginns des Anspruchs auf Familienversicherung erfolgt und das Mitglied zum Zeitpunkt des Beginns des Anspruchs auf Familienversicherung mindestens acht Monate nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen versichert ist.

In den Tarifstufen SK und PK verlängert sich diese Frist für familienversicherte Kinder nach § 10 SGB V (siehe Anhang) von sechs Monaten auf zwei Jahre.

##### § 3 Wartezeiten

- Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- Die Wartezeiten entfallen bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.
- Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- Bei Wechsel in eine andere Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) beginnen für bereits versicherte Personen keine erneuten Wartezeiten.

##### § 4 Umfang der Leistungspflicht

- Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).
- Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern, auf die das Krankenhausentgeltrecht (Bundespflegegesetzverordnung, Krankenhausentgeltgesetz und Krankenhausfinanzierungsgesetz) Anwendung findet. In Erweiterung des Satzes 1 hat die versicherte Person bei Leistungen während Auslandsaufenthalten freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Die Krankenhäuser müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer 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.
- 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.
- Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.
- Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der GKV, anderen Erstattungsverpflichteten sowie weiteren Krankheitskostenversicherungen bei dem Versicherer, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.
- Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer gibt dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag 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.
- Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunfts- oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

##### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- Keine Leistungspflicht besteht für
  - solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers 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;
  - Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
  - ambulante Heilbehandlung 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;
  - Behandlungen durch Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner nach dem LPartG, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unabhängig von Ansprüchen des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- Sofern der Anspruch auf Leistungen der GKV nach § 16 Abs. 3 a SGB V (siehe Anhang) ruht, besteht keine Leistungspflicht.
- Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Ansprüche gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

##### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die entstandenen Aufwendungen sind

durch Original- oder Duplikatrechnungen mit einem Original-Vorleistungsvermerk der GKV bzw. anderer gegebenenfalls vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter nachzuweisen. Aus dem Original-Vorleistungsvermerk muss die Höhe dieser Leistung hervorgehen.

Sofern die GKV keine Leistung erbringt, muss dies auf den Original-Rechnungsbelegen durch die GKV bestätigt sein.

- (2) Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare der einzelnen Behandlungen sowie bei Zahnersatz den zahnprothetischen Befund enthalten.

Bei Aufwendungen, die während eines Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der an diesen Zähnen vorgenommenen Behandlungen enthalten.

- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (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.
- (6) Die Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers 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.
- (8) Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen erbracht bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

### Pflichten des Versicherungsnehmers

#### § 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. vom Versicherer zurückzuzahlen.
- (2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbegins.
- (3) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind. Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.
- (4) 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. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus Abs. 3 ergibt.
- (5) 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. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

#### § 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet und sind in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt; eine Altersrückstellung wird nicht gebildet.
- (2) Der Beitrag richtet sich nach der vereinbarten Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) und der Altersgruppe des Lebensalters des Mitglieds der GKV. Die Altersgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Das Lebensalter des Mitglieds der GKV errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem aktuellen Kalenderjahr. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV das erste Alter der jeweils folgenden Altersgruppe erreicht, ist der für diese Altersgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

#### § 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erhöhen. Um eine dauerhafte Erfüllung der Versicherungsverträge 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 %, 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) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

#### § 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

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

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

#### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

#### § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer – soweit erforderlich – mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 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 dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

#### § 12 Aufrechnung

Ein Mitglied eines Versicherungsvereins kann gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht nicht aufrechnen. Gegen Forderungen des Versicherers kann der Versicherungsnehmer nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

#### Ende der Versicherung

#### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. In diesem Fall werden die verbliebenen versicherten Personen in die dann zutreffende Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) eingestuft, sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen.
- (3) Wenn sich der Beitrag bei Erreichen einer bestimmten Altersgruppe (vgl. § 8a Abs. 2) erhöht, kann der Versicherungsnehmer das insoweit betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach der Änderung des Beitrages zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (vgl. § 8b Abs. 1) oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 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 Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis, ist die Kündigung nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Die versicherten Personen haben das Recht – sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen – das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers in der dann zutreffenden Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zugegangen sein.

#### § 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 206 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zustehende ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet
  - für Mitglieder der GKV zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft bei der GKV endet. Soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiter gegeben sind, kann das Versicherungsverhältnis im unmittelbaren Anschluss in der dann zutreffenden Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) fortgesetzt werden. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft bei der GKV zugegangen sein;
  - für familienversicherte Personen zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V (siehe Anhang) endet. Soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiter gegeben sind, kann das Versicherungsverhältnis im unmittelbaren Anschluss in der dann zutreffenden Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) fortgesetzt werden. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Familienversicherung nach § 10 SGB V (siehe Anhang) bei der GKV zugegangen sein;
  - mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht – sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen – das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers in der dann zutreffenden Tarifstufe (vgl. § 1 Abs. 5) fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zugegangen sein.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

#### Sonstige Bestimmungen

#### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen Textform.



## § 17 Gerichtsstand

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

## § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des 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.

## 5.2 Anhang zu den RB/EF 2011 sowie zu den Tarifen StartK, StartA, StartS und StartZ

### Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

#### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des 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 Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

#### § 19 Anzeigepflicht

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

#### § 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 Auskunfts- 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.

#### § 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 infolge dessen keinen Ersatz von 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.

#### § 206 Kündigung des Versicherers

- (1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise dem im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversichererschutzes ersetzt werden kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankentagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (2) Liegen bei einer Krankentagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

#### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

#### Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung

##### § 10 Familienversicherung

- (1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2013 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

- (2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

- (3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

- (4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

- (5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

- (6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

##### § 16 Ruhen des Anspruchs

- (3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

##### § 31 Arznei- und Verbandmittel

- (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. (...)

##### § 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, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. 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 Zuzahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

##### § 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

##### § 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 Krankentransportwagens 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 fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

- (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; Absatz 2a gilt für die Ärzte in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum entsprechend. Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen 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. 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. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

- (2a) Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt ist ferner, dass der Antragsteller auf Grund des bis zum 18. Juni 1993 geltenden Rechts darauf vertrauen konnte, zukünftig eine Zulassung zu erhalten. Dies gilt nicht für einen Antrag auf Zulassung in einem Gebiet, für das der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 Unterversorgung festgestellt hat.

- (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 zeitlich vollen oder hälftigen 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.
- (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 häftige Ruhen 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 eine häftige Entziehung der Zulassung beschließen. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt.
- (7) Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes. Für Vertragsärzte, die im Jahr 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben, findet § 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 in der bis zum 30. September 2008 geltenden Fassung keine Anwendung, es sei denn, der Vertragsarztsitz wird nach § 103 Abs. 4 fortgeführt. Die Zulassung endet in diesen Fällen zum 31. März 2009, es sei denn, der Vertragsarzt erklärt gegenüber dem Zulassungsausschuss die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt die Zulassung als ruhend. In den Fällen der Anstellung von Ärzten in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum gelten die Sätze 3 bis 5 entsprechend.
- (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. 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 7 Satz 3 bis 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.
- (10) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie
1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzung der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes und des Fachkundenachweises nach § 95c Satz 2 Nr. 3 erfüllt und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben,
  2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
  3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.
- Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden.
- (11) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, wenn sie
1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzungen der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes erfüllt und 500 dokumentierte Behandlungsstunden oder 250 dokumentierte Behandlungsstunden unter qualifizierter Supervision in Behandlungsverfahren erbracht haben, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt hat (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 – BAnz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a –, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 – BAnz. Nr. 49 S. 2946), und den Antrag auf Nachqualifikation gestellt haben,
  2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
  3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.
- Der Zulassungsausschuss hat über die Anträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden. Die erfolgreiche Nachqualifikation setzt voraus, dass die für die Approbation gemäß § 12 Abs. 1 und § 12 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes geforderte Qualifikation, die geforderten Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Behandlungsverfahren erbracht wurden. Bei Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der Nachqualifikation hat der Zulassungsausschuss auf Antrag die Ermächtigung in eine Zulassung umzuwandeln. Die Ermächtigung des Psychotherapeuten erlischt bei Beendigung der Nachqualifikation, spätestens fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung; sie bleibt jedoch bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses erhalten, wenn der Antrag auf Umwandlung bis fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung gestellt wurde.
- (11a) Für einen Psychotherapeuten, der bis zum 31. Dezember 1998 wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird die in Absatz 11 Satz 1 Nr. 1 genannte Frist zur Antragstellung für eine Ermächtigung und zur Erfüllung der Behandlungsstunden um den Zeitraum hinausgeschoben, der der Kindererziehungszeit entspricht, höchstens jedoch um drei Jahre. Die Ermächtigung eines Psychotherapeuten ruht in der Zeit, in der er wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zusteht und das mit ihm in einem Haushalt lebt, keine Erwerbstätigkeit ausübt. Sie verlängert sich längstens um den Zeitraum der Kindererziehung.
- (11b) Für einen Psychotherapeuten, der in dem in Absatz 10 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 genannten Zeitraum wegen der Betreuung und Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird der Beginn der Frist um die Zeit vorverlegt, die der Zeit der Kindererziehung in dem Dreijahreszeitraum entspricht. Beginn die Kindererziehungszeit vor dem 25. Juni 1994, berechnet sich die Frist vom Zeitpunkt des Beginns der Kindererziehungszeit an.
- (12) Der Zulassungsausschuss kann über Zulassungsanträge von Psychotherapeuten und überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, die nach dem 31. Dezember 1998 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat. Anträge nach Satz 1 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren.
- (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 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.

#### § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren
1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe,
  2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.
- In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum 31. Dezember 2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. 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 § 137 zu berücksichtigen.
- (2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationersetzenden Eingriffe 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 Landeskrankenhausesgesellschaft 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.
- (3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.
- (4) Bis zum Inkrafttreten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31. Dezember 1994, sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96), in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Operationen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.
- (5) 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.

## 6. Satzung

### Continentale Krankenversicherung a. G. - Ruhrallee 92 - 44139 Dortmund

#### § 1 Name, Sitz, Geschäftsgebiet

1. Das Unternehmen führt den Namen Continentrale 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 Beitragsentnahmen.
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 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 Mitgliederversammlung 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 Mitgliederversammlung, 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 bestellt den Abschlussprüfer.
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 Mitgliederversammlung 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 Stimmgleichheit 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 Mitgliederversammlung

1. Die Mitgliederversammlung 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 Mitgliederversammlung 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 Mitgliederversammlung.
3. Scheidet ein Mitgliedervertreter aus und wird dadurch die Mindestzahl von fünfzehn Mitgliedervertretern unterschritten, so ist von der nächsten ordentlichen Mitgliederversammlung eine neue Ergänzungswahl vorzunehmen.
4. Die ordentliche Mitgliederversammlung 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 nachzuzuwählen, 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 Mitgliederversammlung. 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 nachzuzuwählen, 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 Mitgliederversammlung, 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 Mitgliederversammlung

1. Die Mitgliederversammlung nimmt den Jahresabschluss, den Lagebericht des Vorstandes und den Bericht des Aufsichtsrates sowie den Konzernabschluss und den Konzernlagebericht entgegen.
2. Die Mitgliederversammlung beschließt insbesondere über:
  - a) Entlastung der Mitglieder des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
  - b) Wahl derjenigen Aufsichtsratsmitglieder, die nach den gesetzlichen Bestimmungen von der Mitgliederversammlung und nicht von den Arbeitnehmern zu wählen sind, sowie deren Abberufung,
  - c) Wahl und Abberufung der Mitglieder der Mitgliederversammlung,
  - 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 Mitgliederversammlung

1. Die Einberufung der Mitgliederversammlung 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 Mitgliederversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder des Vorstandes oder auf begründeten, an den Vorsitzenden des Aufsichtsrates zu richtenden schriftlichen Antrag von mindestens vier Mitgliedern einberufen werden. § 15 Nr. 4 und § 17 Nr. 1 der Satzung finden entsprechende Anwendung.

#### § 18 Teilnahme an der Mitgliederversammlung

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

#### § 19 Vorsitz in der Mitgliederversammlung

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

#### § 20 Beschlüsse der Mitgliederversammlung

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

#### § 21 Niederschrift über die Mitgliederversammlung

Über die Mitgliederversammlung ist eine Niederschrift zu fertigen.

#### § 22 Minderheitsrechte

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

#### § 23 Anträge zur Beschlussfassung

Anträge zur Beschlussfassung (u. a. Vorschläge zur Ergänzungswahl von Mitgliedern), die von mindestens einhundert Mitgliedern unterzeichnet sind und spätestens zwei Monate vor der Mitgliederversammlung 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 Mitgliederversammlung 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 Mitglieder, 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 Mitgliederversammlung mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sind und mindestens drei Viertel der stimmberechtigten Mitglieder 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 Mitgliederversammlung 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 27. August 2010, Gesch.Z.: VA 16 – I 5002 – 4001 – 2010/0001



# Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a. G.

Liste der Dienstleister der Continentale Krankenversicherung a.G., die personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten im Auftrag erheben und verarbeiten und/oder im Wege der Funktionsübertragung übermittelt bekommen können. Die Liste beinhaltet auch die mit \*) gekennzeichneten Stellen, für die wir nach Ziffer 1 der „Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen“ bzw. Ziffer 3.2 der „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ eine Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung benötigen.

Die folgende Liste nennt mögliche Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a.G. Das bedeutet, dass für jede Datenverarbeitung, Datenerhebung und Datenübermittlung im Einzelfall geprüft wird, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Keinesfalls erfolgt eine automatische Datenübermittlung an jeden, der in der Liste genannt ist.

Die Liste wird laufend aktualisiert und ist im Internet unter [www.continentale.de/dienstleisterliste](http://www.continentale.de/dienstleisterliste) einsehbar.

<b>Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit, die untereinander auch als Auftragnehmer und Kooperationspartner tätig werden und eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen</b>	<b>Übertragene Aufgaben, Funktionen</b>	<b>Gesundheitsdaten</b>
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- und Vertragsbearbeitung, Aktenentsorgung, Druck- und Versanddienstleistungen, zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Continentale Lebensversicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), Darlehensverwaltung, zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Continentale Sachversicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Europa Versicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Europa Lebensversicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Mannheimer Versicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise

<b>Auftragnehmer, Kooperationspartner, Einzelne Stellen</b>	<b>Übertragene Aufgaben, Funktionen</b>	<b>Gesundheitsdaten</b>
Continentale Business Services GmbH	Rechnungswesen in Österreich (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)	Ja, teilweise
AmTrust International*)	Ausfallversicherung für Immobiliendarlehen	Nein
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG*)	Adressaktualisierung	Nein
Dortmunder Allfinanz Versicherungsvermittlungs-GmbH	Vermittlung nicht gezeichneter Risiken	Ja, teilweise
infoscore Consumer Data GmbH; Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden	Bonitätsprüfung	Nein
MD Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH	Telefonservice im Gesundheitsservice und Demand-Management	Ja
PAV Card GmbH	Erstellung von Versicherten-Karten	Nein
Poolrevision des PKV-Verbandes*)	Vertrags- und Leistungsstatistik zur Pflegepflichtversicherung, zum Standard- und zum Basistarif	Ja
Schufa Holding AG; Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden	Bonitätsprüfung	Nein

<b>Auftragnehmer, Kooperationspartner Kategorien</b>	<b>Übertragene Aufgaben, Funktionen</b>	<b>Gesundheitsdaten</b>
Adressermittler*)	Adressprüfung	Nein
Akten- und Datenvernichter	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern	Nein
Assisteure	Telefonservice, Durchführung und Vermittlung von Assistance-Leistungen	Ja, teilweise
Auskunfteien*)	Wirtschaftsauskünfte	Nein
Cloud-Dienstleister	Hosten von Servern / Web-Diensten	Nein
Gutachter, Sachverständige und Ärzte	Belegprüfung; Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen	Ja
Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug, Prozessführung	Ja, teilweise
IT-Dienstleister	Wartungs- und Servicearbeiten	Ja, teilweise
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen	Nein
Kreditinstitute	Einzug der Versicherungsprämien, Leistungs- und Schadenauszahlungen	Nein
Marktforschungsunternehmen*)	Marktforschung	Nein
Rehabilitationsdienste	Hilfs- und Pflegeleistungen	Ja
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung	Ja
Sanitätshäuser	Hilfsmittelversorgung	Ja
Übersetzer	Übersetzung	Ja, teilweise
Vermittler	Angebotserstellung, Antrags- und Risikoprüfung, Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung	Ja, teilweise

Stand: 01.02.2018





## **Continentale Krankenversicherung a.G.**

Ein Unternehmen des  
Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit  
Ruhrallee 92  
44139 Dortmund  
[www.continentale.de](http://www.continentale.de)

*Die Leistungsbeschreibungen in diesem Prospekt sind lediglich Kurzfassungen. Maßgebend sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmenbedingungen, Tarife mit Tarifbedingungen).*