

Versicherungsbedingungen

Tarife mit Tarifbedingungen für Krankheitskostenvollversicherte

Stand 1.9.2010

Continentale Krankenversicherung a.G.
Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
www.continentale.de

Inhalt:

	Seite
1. Tarife mit Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) und Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren	3
2. Besondere Bedingungen	31
3. Pflegeversicherung	33

Inhaltsübersicht

	Kurzbeschreibung	Seite
Tarif GS1PLUS	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit einer jährlichen Selbstbeteiligung von 255 Euro (für Kinder und Jugendliche 127 Euro) und einer garantierten Pauschalleistung	3
Tarif CS2PLUS	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit einer jährlichen Selbstbeteiligung von 1.200 Euro (für Kinder und Jugendliche 300 Euro) für ambulante Heilbehandlungen und einem Leistungsfreiheitrabatt	6
Tarif ECONOMY	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit Selbstbeteiligungen je Leistungsposition und einer garantierten Beitragsrückerstattung	9
Tarif COMFORT	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit Selbstbeteiligungen je Leistungsposition und einer garantierten Beitragsrückerstattung	12
Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren		16
Tarif SGII	Zusatzversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung	16
Tarif SV	Privatärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung	19
Tarif AV-P1	Optionstarif	20
Tarif SII	Krankenhaustagegeld	21
Tarif KS	Kurkostenversicherung	22
Tarif KS1	Kurtagegeldversicherung	23
Tarif V	Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V	25
Tarif VA	Krankentagegeldversicherung nach dem Ärztetarif VA	28
Tarif ANV und AWVA	Anwartschaftsversicherung für die Tarife V und VA	31
Besondere Bedingungen für Personen in einer Berufsausbildung (AZ)		31
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)		32
Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)		33
Tarif PV	Pflegepflichtversicherung	33
Pflegehilfsmittelverzeichnis		37
Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (ANW PVN/ANW PVB)		38
Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten		39
Tarif PTE	Pflegetagegeldversicherung	39
Tarif PTK	Pflegetagegeldversicherung	41
Tarif PZ	Pflegezusatzversicherung	42

Tarif GS1PLUS

Der Tarif GS1PLUS umfasst die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs GS1 sowie die Besonderen Bedingungen für Zusatzleistungen nach dem Tarif GS1, die im Folgenden umrahmt dargestellt sind.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif GS1

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Besondere Bedingungen für Zusatzleistungen nach dem Tarif GS1

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind – auch für die Besonderen Bedingungen – die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Für die Dauer der Besonderen Bedingungen wird die Tarifbezeichnung durch PLUS ergänzt.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 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)¹⁾ tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in MVZ.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlung beträgt insgesamt für Erwachsene 255,- Euro, für Kinder und Jugendliche 127,- Euro. Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009). Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

5. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

6. Wartezeiterlass

Die allgemeine Wartezeit gemäß § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

7. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden die Kosten für nachstehende ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlung – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht, mit dem vereinbarten Prozentsatz –; von diesem errechneten Betrag wird die Selbstbeteiligung abgezogen.

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, die in dem abzurechnenden Geschäftsjahr mindestens das 21. Lebensjahr vollendet hat und für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine Pauschalleistung als Ausgleich für entstandene Aufwendungen ausgezahlt.

Die Pauschalleistung beträgt mindestens 3/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge. Beträgt der leistungsfreie Zeitraum mehr als ein Geschäftsjahr, so erhöht sich die Pauschalleistung für jedes weitere leistungsfreie Geschäftsjahr um 1/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge. Die maximale Pauschalleistung beträgt 6/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge.

Der Anspruch auf Pauschalleistung errechnet sich aus der für den Tarif GS1 maßgeblichen Anzahl der Monatsbeiträge. Eine Leistungsfreiheit allein in den durch die Besonderen Bedingungen erweiterten Leistungen begründet keinen selbstständigen Anspruch auf Pauschalleistung.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

Leistungen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 30 Sitzungen pro Kalenderjahr erbracht, darüber hinaus nur, wenn diese vom Versicherer vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt worden sind. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach Maßgabe der jeweils gültigen Gebüh-

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

renordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zum Höchstsatz der GOÄ erstattet.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung unmittelbar oder von diesen verordnet im Delegationsverfahren oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden.

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebüH) bis zu den dort festgelegten Mindestsätzen. Zusätzlich werden auch Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die sich aus einem beim Versicherer erhältlichen Verzeichnis ergeben, erstattet. Das gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind.

2. Hebammen und Entbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) erstattungsfähig.

3. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

4. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Masseur).

Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionen, Nähr- und Stärkungsmittel, Weine, Mineralwässer u. ä.

5. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

6. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungenlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

7. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

8. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung

in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Kosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen, und zwar für

- Zahnbehandlungen mit 100 % des Rechnungsbetrages;
- Material- und Laborleistungen bei Zahnbehandlungen mit 100 % des Rechnungsbetrages;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung mit 75 % des Rechnungsbetrages;
- Material- und Laborleistungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung mit 75 % des Rechnungsbetrages, für Edelmetalle und Keramikverblendungen mit 50 % des Rechnungsbetrages.

Zusätzlich werden bei Zahnersatz die Kosten von Material- und Laborleistungen für Edelmetalle und Keramikverblendungen in Höhe von 25 % des Rechnungsbetrages erstattet.

Bei oralen Implantaten werden die entstandenen Kosten für maximal 6 Implantate je Kiefer mit 75 % des Rechnungsbetrages erstattet.

2. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- a) Kosten für Zahnbehandlungen sind die Gebühren für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschl. Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays und Stiftzähnen sowie Material- und Laborkosten.
- c) Kosten für Kieferorthopädie sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Kosten für die Gebissfunktionsprüfung sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für augmentative Behandlung (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten für Krankenhausleistungen bei berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer, privatärztliche Behandlung, Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sowie Krankentransporte außer bei oralen Implantationen gemäß Absatz B II 2e.

Zusätzlich werden die Differenzkosten zwischen der berechneten Unterkunft in einem Ein-Bett-Zimmer und einem Zwei-Bett-Zimmer erstattet.

2. Erläuterungen

a) Krankenhausleistungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Wird für eine Unterkunft in einem Ein-Bett-Zimmer kein Wahlleistungszuschlag für das Ein-Bett-Zimmer berechnet, gilt sie als Unterkunft in einem Zwei-Bett-Zimmer.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.

b) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche – nicht zahnärztliche – Leistungen (privatärztliche Behandlung) werden nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

Bei privatärztlicher Behandlung im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung werden auch die Kosten für gesondert berechnete ärztliche – nicht zahnärztliche – Leistungen, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen, erstattet.

c) Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenordnung (HebGV) erstattungsfähig.

d) Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Die Rechnungen der Behandler sind mit den angefallenen Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel zusammen vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens 1 Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)¹⁾ erfüllt.

F) Tarifierpassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

Unabhängig vom Tarif GS1 können die Leistungen und Beiträge der Besonderen Bedingungen nach § 18 MB/KK 2009 bzw. Abschnitt E1 des Tarifs GS1 angepasst werden.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Mit Beendigung des Tarifs GS1 entfallen auch die Besonderen Bedingungen. Die Besonderen Bedingungen sind zum Ende des Versicherungsjahres des Tarifs GS1 durch den Versicherungsnehmer selbstständig kündbar.

Tarif CS2PLUS

Der Tarif CS2PLUS umfasst die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs CS2 sowie die Besonderen Bedingungen für Zusatzleistungen nach dem Tarif CS2, die im Folgenden umrahmt dargestellt sind.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif CS2

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Besondere Bedingungen für Zusatzleistungen nach dem Tarif CS2

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind – auch für die Besonderen Bedingungen – die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Für die Dauer der Besonderen Bedingungen wird die Tarifbezeichnung durch PLUS ergänzt.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 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 Anhang¹⁾ tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in MVZ.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung für ambulante Heilbehandlungen beträgt 1.200,- Euro, für Kinder und Jugendliche 300,- Euro. Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009). Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

5. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

6. Wartezeiterlass

Die allgemeine Wartezeit gemäß § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

7. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen, soweit sie die Selbstbeteiligung übersteigen, und zwar für:

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

Leistungen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 30 Sitzungen pro Kalenderjahr erbracht, darüber hinaus nur, wenn diese vom Versicherer vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt worden sind. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach Maßgabe der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zum Höchstsatz der GOÄ erstattet.

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung unmittelbar oder von diesen verordnet im Delegationsverfahren oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden.

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebüH) bis zu den dort festgelegten Mindestsätzen. Zusätzlich werden auch Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die sich aus einem beim Versicherer erhältlichen Verzeichnis ergeben, erstattet. Das gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind.

2. Hebammen und Entbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) erstattungsfähig.

3. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

4. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Masseur).

Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionen, Nähr- und Stärkungsmittel, Weine, Mineralwässer u. ä.

5. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

6. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

7. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

8. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Kosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen, und zwar für

- Zahnbehandlungen mit 100 % des Rechnungsbetrages;
- Material- und Laborleistungen bei Zahnbehandlungen mit 100 % des Rechnungsbetrages;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung mit 75 % des Rechnungsbetrages;
- Material- und Laborleistungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung mit 75 % des Rechnungsbetrages, für Edelmetalle und Keramikverblendungen mit 50 % des Rechnungsbetrages.

Zusätzlich werden bei Zahnersatz die Kosten von Material- und Laborleistungen für Edelmetalle und Keramikverblendungen in Höhe von 25 % des Rechnungsbetrages erstattet.

Bei oralen Implantaten werden die entstandenen Kosten für maximal 6 Implantate je Kiefer mit 75 % des Rechnungsbetrages erstattet.

2. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- a) Kosten für Zahnbehandlungen sind die Gebühren für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschl. Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays und Stifzähnen sowie Material- und Laborkosten.
- c) Kosten für Kieferorthopädie sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Kosten für die Gebissfunktionsprüfung sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten für Krankenhausleistungen bei berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer, privatärzt-

liche Behandlung, Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sowie Krankentransporte außer bei oralen Implantationen gemäß Absatz B II 2e.

Zusätzlich werden die Differenzkosten zwischen der berechneten Unterkunft in einem Ein-Bett-Zimmer und einem Zwei-Bett-Zimmer erstattet.

2. Erläuterungen

a) Krankenhausleistungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Sinne der Bundespflegeverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Wird für eine Unterkunft in einem Ein-Bett-Zimmer kein Wahlleistungszuschlag für das Ein-Bett-Zimmer berechnet, gilt sie als Unterkunft in einem Zwei-Bett-Zimmer.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.

b) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche – nicht zahnärztliche – Leistungen (privatärztliche Behandlung) werden nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

Bei privatärztlicher Behandlung im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung werden auch die Kosten für gesondert berechnete ärztliche – nicht zahnärztliche – Leistungen, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen, erstattet.

c) Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenordnung (HebGV) erstattungsfähig.

d) Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Die Rechnungen der Behandler sind mit den angefallenen Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel zusammen vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen.

D) Leistungsfreiheits-Rabatt und Überschussverwendung

1. Leistungsfreiheits-Rabatt

Jede versicherte Person erwirbt für jedes volle Kalenderjahr, für das keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen und die Beiträge bis zum 31.12. in voller Höhe entrichtet wurden, ab dem 1.7. des Folgejahres

einen Leistungsfreiheits-Rabatt von 5 % (eine Rabattstufe), höchstens jedoch 50 % (10 Rabattstufen).

Für jedes Kalenderjahr, für das Versicherungsleistungen in Anspruch genommen wurden, verringert sich der Leistungsfreiheits-Rabatt ab dem 1.7. des Folgejahres um 10 % (zwei Rabattstufen).

Grundlage für die Beitragsberechnung je versicherte Person ist der Beitrag, der ohne Berücksichtigung des jeweils erreichten Leistungsfreiheits-Rabatts zu zahlen wäre; maximal sind 100 % des sich ohne den Leistungsfreiheits-Rabatt ergebenden Beitrags zu zahlen.

2. Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

Ansprüche auf Leistungsfreiheitsrabatt und Beitragsrückerstattung errechnen sich aus der für den Tarif CS2 maßgeblichen Anzahl der Monatsbeiträge. Eine Leistungsfreiheit allein in den durch die Besonderen Bedingungen erweiterten Leistungen begründet keinen selbstständigen Anspruch auf Leistungsfreiheitsrabatt oder Beitragsrückerstattung.

E) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)¹⁾ erfüllt.

F) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrschein-

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

lichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

Unabhängig vom Tarif CS2 können die Leistungen und Beiträge der Besonderen Bedingungen nach § 18 MB/KK 2009 bzw. Abschnitt E1 des Tarifs CS2 angepasst werden.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Mit Beendigung des Tarifs CS2 entfallen auch die Besonderen Bedingungen. Die Besonderen Bedingungen sind zum Ende des Versicherungsjahres des Tarifs CS2 durch den Versicherungsnehmer selbstständig kündbar.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif ECONOMY

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person nicht transportfähig ist.

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 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, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in MVZ.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

5. Erlass der Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Sehhilfen bezogen werden.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Kosten für ärztliche Leistungen sind bis zu den festgelegten Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.

2. Psychotherapie

Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 20 Sitzungen pro Kalenderjahr erstattet. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

3. Hebammen und Entbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) erstattungsfähig.

^{*)} vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

4. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.

5. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten verschreibungspflichtige Medikamente.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie kosmetische Mittel.

6. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseur).

7. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80 % erbracht.

8. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Brillengläser oder Kontaktlinsen) werden bis zu maximal 200,- Euro erstattet. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Erneute tarifliche Leistungsansprüche entstehen jeweils frühestens 2 Jahre nach Bezug der zuletzt erstatteten Sehhilfe.

9. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

10. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte nach einem Unfall bzw. Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus und

- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung.

11. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Kosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung einschließlich Material- und Laborleistungen mit 60 %;
- orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen mit 60%; maximal 6 Implantate je Kiefer sind erstattungsfähig.

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Gebissfunktionsprüfung und oralen Implantaten ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen zur Hälfte erbracht.

Die Kosten für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Gebissfunktionsprüfung und orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen werden bis zu 3.000,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar eines Jahres, reduziert sich der Betrag für dieses Jahr um 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nach diesem Tarif nicht bestanden hat. Für zahnärztliche Leistungen infolge eines Unfalls entfällt die Leistungsbegrenzung in Höhe von 3.000,- Euro für diesen Versicherungsfall. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

2. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Gebissfunktionsprüfung und orale Implantate nach der GOZ und GOÄ bis zu den dort festgelegten Regelhöchstsätzen.

- a) Kosten für Zahnbehandlungen sind die Gebühren für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschl. Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.

- b) Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten.
- c) Kosten für Kieferorthopädie sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Kosten für die Gebissfunktionsprüfung sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes sowie belegärztlicher Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ); außer bei oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen nach Abs. II 2e.

2. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenordnung (HebGV) erstattungsfähig.

3. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Selbstbeteiligung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlungen – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht, mit dem tariflichen Prozentsatz –; von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen.

Die Selbstbeteiligung beträgt für:

- ärztliche Leistungen nach Abs. I 1 maximal 10,- Euro je Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z.B. Laboruntersuchungen).
- psychotherapeutische Leistungen nach Abs. I 2 maximal 10,- Euro je Sitzung.

- Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach Abs. I 3 maximal 10,- Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.
- Heilpraktikerleistungen nach Abs. I 4 maximal 10,- Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.
- Arznei- und Verbandmittel nach Abs. I 5 sowie Impfstoffe nach Abs. I 9 maximal 10,- Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff. Sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichen Medikament gleichen.
- Heilmittel nach Abs. I 6 maximal 10,- Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.
- Hilfsmittel nach Abs. I 7 maximal 50,- Euro je Hilfsmittel.
- Krankentransporte nach Abs. I 10 und Abs. III 3 maximal 10,- Euro je Transport. Bei ärztlich verordneten Fahrten zur und von der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung für Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport.
- zahnärztliche Leistungen nach Abs. II 1 maximal 10,- Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.
- Krankenhausleistungen nach Abs. III 1 maximal 10,- Euro je Behandlungstag für höchstens 14 Behandlungstage je vollstationärem Aufenthalt.

Wenn die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang) berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Behandler vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen im abzurechnenden Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückstattung in Höhe von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge, wenn

1. die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,
2. die Versicherung nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und nicht gekündigt ist.

Endet die Versicherung nach diesem Tarif aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder des Anspruchs auf Familienversicherung, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung für Versicherte der GKV bei der Continentale Krankenversicherung a.G. fortbesteht.

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)⁷⁾ erfüllt.

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif COMFORT

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 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.

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 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)⁷⁾ tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Außerdem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 entfällt.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

5. Erlass der Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

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

⁷⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

B) Leistungen des Versicherers

1. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Kosten für ärztliche Leistungen sind bis zu den in der GOÄ festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Psychotherapie

Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 30 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den festgelegten Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

3. Hebammen und Entbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Hebammen und Entbindungspfleger sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) erstattungsfähig.

4. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchstleistungsbeträgen.

5. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badeszusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

6. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Masseur).

7. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80 % erbracht.

8. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 300,- Euro erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

9. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

10. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

11. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte nach einem Unfall oder Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus und
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung.

12. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %;
- orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %; maximal 6 orale Implantate je Kiefer sind erstattungsfähig;
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %. Die Kosten für augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet;
- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %.

2. Leistungsstaffel

Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten fünf Kalenderjahre – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- im ersten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,- Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,- Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 4.000,- Euro
- in den ersten fünf Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 5.000,- Euro

Ab dem sechsten Kalenderjahr werden die Kosten für zahnärztliche Leistungen nach Satz 1 je Leistungsperiode insgesamt bis zu 10.000,- Euro erstattet. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das sechste Kalenderjahr gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

Bei einem Versicherungsfall infolge eines Unfalls entfallen die maximalen Erstattungsbeträge. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

3. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen nach Nr. 1 und 2 zur Hälfte erbracht.

4. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und augmentative Behandlungen nach der GOZ und GOÄ bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Zahnersatz umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stifzähne sowie Material- und Laborkosten.
- c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Orale Implantate umfassen die Kosten für Heil- und Kostenpläne, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- f) Augmentative Behandlungen umfassen die Kosten für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes sowie belegärztlicher Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ); außer bei oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen nach Abs. II 4 e und f.

2. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) erstattungsfähig.

3. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Selbstbeteiligung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlungen – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht mit dem tariflichen Prozentsatz –; von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen.

Die Selbstbeteiligung beträgt für

- ärztliche Leistungen nach Abs. I 1 (einschließlich Vorsorgeuntersuchungen nach Abs. I 10) maximal 20,- Euro je

Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z.B. Laboruntersuchungen).

- psychotherapeutische Leistungen nach Abs. I 2 maximal 20,- Euro je Sitzung.
- Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach Abs. I 3 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.
- Heilpraktikerleistungen nach Abs. I 4 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.
- Arznei- und Verbandmittel nach Abs. I 5 sowie Impfstoffe nach Abs. I 9 maximal 20,- Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff. Sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.
- Heilmittel nach Abs. I 6 maximal 20,- Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.
- Hilfsmittel nach Abs. I 7 maximal 50,- Euro je Hilfsmittel.
- Krankentransporte nach Abs. I 11 und Abs. III 3 maximal 20,- Euro je Transport. Bei ärztlich verordneten Fahrten zur und von der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung für Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport.
- zahnärztliche Leistungen nach Abs. II 1 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.
- Krankenhausleistungen nach Abs. III 1 maximal 20,- Euro je Kalendertag für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt.

Wenn die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang)⁷⁾ berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Behandler vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen im abzurechnenden Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge, wenn

1. die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,
2. die Versicherung nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und nicht gekündigt ist.

Endet die Versicherung nach diesem Tarif aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder des Anspruchs auf Familienversicherung, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung für Versicherte der GKV bei der Continentale Krankenversicherung a.G. fortbesteht.

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)⁷⁾ erfüllt.

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10% bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5% bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

⁷⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren

Anlage zu den Tarifen mit ambulantem Versicherungsschutz

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

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

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

Die Kosten für Ayurveda, Organotherapie und Orthomolekulare Therapie, einschließlich Diagnostik, Arzneimittel und Physiotherapie sind tarifgemäß bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr für alle drei Verfahren zusammen erstattungsfähig. Die Jahreshöchstleistung errechnet sich aus dem versicherten Prozentsatz.

Das Leistungsverzeichnis wird neuen Erkenntnissen angepasst.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SGII für die Versicherung der Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsumfang

Versichert sind die entstandenen Kosten für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nach den Tarifen SGII1 im Ein- Bett-Zimmer und SGII2 im Zwei-Bett-Zimmer.

Die Versicherung ist nach folgenden Tarifstufen – für Beihilfeberechtigte, die einen prozentualen Versicherungsschutz benötigen, je nach Beihilfeanspruch – abzuschließen (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarter Prozentsatz):

SGII1/100	SGII2/70	SGII2/40
SGII2/100	SGII2/65	SGII2/35
SGII2/90	SGII2/60	SGII2/30
SGII2/85	SGII2/55	SGII2/25
SGII2/80	SGII2/50	SGII2/20
SGII2/75	SGII2/45	SGII2/15

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

5. Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

6. Umstufungen

a) Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum 1. des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

b) Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, hat der Versicherungsnehmer dies innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen. Der Versicherer ändert daraufhin – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß der dann erforderlichen Tarifstufe zum 1. des Monats, der auf die Anzeige folgt. Dies gilt auch, wenn der Versicherer innerhalb der gleichen Frist auf sonstige Weise Kenntnis von der Änderung erlangt. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer auch sonst keine Kenntnis, wird die Änderung der Tarifstufe zum 1. des Monats durchgeführt, der auf die verspätete Anzeige oder sonstige Kenntniserlangung durch den Versicherer folgt.

7. Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

8. Kündigung durch den Versicherer

Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsumfang

Erstattet werden mit dem aus der vereinbarten Tarifstufe ersichtlichen Prozentsatz (Erläuterungen zu den einzelnen Leistungen s. Nr. 2):

a) nach Tarif

SGII1 die Kosten für
gesondert berechnete Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer
privatärztliche Behandlung
ambulante Operationen im Krankenhaus
Krankentransporte

SGII2 die Kosten für
gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer
privatärztliche Behandlung
ambulante Operationen im Krankenhaus
Krankentransporte

b) bei Inanspruchnahme niedrigerer als der versicherten Leistungen die tatsächlich entstandenen Kosten; außerdem werden je Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes mit dem vereinbarten Prozentsatz folgende Krankenhaustagegelder gezahlt:

in Anspruch genommene Leistungen versichert nach Tarif

	SGII1	SGII2
Zwei- und Mehr-Bett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung oder Zwei-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	21,- Euro	–
Mehr-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	57,- Euro	36,- Euro

c) bei berechneter Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer nach Tarif SGII2 die Kosten gesondert berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer zuzüglich der Kosten privatärztlicher Behandlung.

2. Erläuterungen

a) Gesondert berechnete Unterkunft

Die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei- bzw. Mehr-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr- Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.

Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten. Jede Unterkunft in einem Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer ohne Mehrkosten gilt als Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer.

b) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) 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.

c) Ambulante Operationen

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

Erstattungsfähig sind nur ambulante Operationen von Ärzten, die am Krankenhaus angestellt sind, und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Sozialgesetzbuch V 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 nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig.

d) Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten die Hin- und Rücktransporte zum nächstgelegenen Krankenhaus.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung. Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte spezifiziert sein, den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

Der Versicherer kann einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes verlangen.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung fest-

setzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung privatärztlicher Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nach dem Tarif SV

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 1 und 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

4. Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person auf einem Vordruck des Versicherers vorgelegt wird.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden bei Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen unabhängig von der gewählten Unterkunft die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von

dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte spezifiziert sein, den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Option nach dem Tarif AV-P1

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. bestehen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen), zu der dieser Tarif besteht, finden Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen bis zu einem Eintrittsalter von 45 Jahren.

3. Optionsrecht

Für die versicherte Person besteht das Optionsrecht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten

- in eine Krankheitskostenversicherung mit höheren Leistungen,
- in die private Pflegepflichtversicherung,
- in eine Krankentagegeldversicherung,
- in eine Pflegezusatz- oder alternativ in eine Pflegetagegeldversicherung,
- in eine Kurkostenversicherung sowie
- in eine Kurtagegeldversicherung

zu wechseln, soweit in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind. Der Wechsel ist rechtzeitig vor dem jeweiligen Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, beim Versicherer zu beantragen.

Das Optionsrecht auf eine Krankentagegeldversicherung kann nur wahrgenommen werden, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht oder zeitgleich abgeschlossen wird.

Die Krankentagegeldversicherung kann für

- Arbeitnehmer mit einem Leistungsbeginn entsprechend der Gehalts- bzw. Lohnfortzahlung, frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, sowie für
- Selbständige mit einem frühesten Leistungsbeginn ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit

vereinbart werden. Das Krankentagegeld ist – unter Anrechnung bestehender Krankentagegeldversicherungen sowie von Krankengeldansprüchen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – auf das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen begrenzt, darf jedoch 130 % des zum Zeitpunkt des Wechsels maßgebenden höchsten Krankengeldes in der GKV nicht übersteigen.

In der Pflegetagegeldversicherung kann – unter Anrechnung bestehender Pflegetagegeldversicherungen – für ambulante und stationäre Pflege jeweils ein Tagessatz von bis zu 100,- Euro vereinbart werden.

In der Kurkostenversicherung kann – unter Anrechnung bestehender Kurkostenversicherungen – ein Tagessatz von bis zu 100,- Euro vereinbart werden.

In der Kurtagegeldversicherung kann ein Tagessatz von bis zu 50,- Euro vereinbart werden.

4. Optionszeitpunkte

- a) Das Optionsrecht kann wahrgenommen werden, wenn
- die Versicherung nach diesem Tarif ununterbrochen 5, 10 oder 15 volle Kalenderjahre bestanden hat. Der Wechsel wird zum 1.1. des Jahres wirksam, das auf das 5., 10. oder 15. volle Kalenderjahr folgt.
 - die versicherte Person 50 Jahre alt wird und die Versicherung nach diesem Tarif noch nicht 15 volle Kalenderjahre bestanden hat. Der Wechsel wird zum 1.1. des Jahres wirksam, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.

- b) Der Versicherungsnehmer kann bei Antragstellung mit dem Versicherer einen weiteren Zeitpunkt vereinbaren, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen werden kann. Zu diesem weiteren Zeitpunkt darf die versicherte Person nicht älter als 50 Jahre sein und die Versicherung nach diesem Tarif noch nicht 15 volle Kalenderjahre bestanden haben. Der Wechsel wird zu dem mit dem Versicherer vereinbarten Zeitpunkt wirksam.

Der Beitrag errechnet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) finden Anwendung. Während der Optionszeit entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

5. Ende der Versicherung

- a) Wird das Optionsrecht wahrgenommen, endet die Versicherung nach diesem Tarif zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird.

- b) Wird das Optionsrecht nicht wahrgenommen, besteht die Versicherung nach diesem Tarif längstens bis zum 31.12. des Jahres, in dem sie 15 volle Kalenderjahre bestanden hat; sie endet jedoch spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet, wenn keine Krankheitskostenversicherung mehr besteht.

6. Beitrag

Der Beitrag für die Versicherung nach diesem Tarif wird bei Versicherungsbeginn für die gesamte Vertragslaufzeit nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

7. Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung bzw. Leistungsfreiheitsrabatt

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung bzw. Leistungsfreiheitsrabatt besteht für diesen Tarif nicht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif SII

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen (Auszug aus SI, SII, SIII)

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Höherstufungen und Vertragserweiterungen.

4. Höherstufungen und Vertragserweiterungen

Bei Höherstufungen und Vertragserweiterungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

5. Wartezeiterlass aufgrund eines Attestes

Sofern der Versicherungsnehmer auf eigene Kosten innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Atteste auf vorgeschriebenem Formular vorlegt, können die Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009 erlassen werden.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungshöhe

Die Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

Die Mindestversicherungssumme für das Krankenhaustagegeld beträgt 3,- Euro. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich.

2. Leistungsdauer

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden medizinisch notwendigen vollstationären Aufenthaltstag im Krankenhaus bei Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten als vollstationär.

Bei stationären Kuren wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld für höchstens 28 Tage innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren zu 25 % gezahlt. Die Notwen-

digkeit der stationären Kur muss vor Behandlungsbeginn durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden und die Behandlung in einer ärztlich geleiteten Anstalt mit ausreichenden Einrichtungen für die Durchführung von Kuren erfolgen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Höherstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Höherstufung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahngebühr

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Zum Nachweis des notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. (nicht abgedruckt)

2. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht

der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung SII bedeuten die Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes.

Beispiel: SII/20 = Krankenhaustagegeld von 20,- Euro täglich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Kurkosten nach dem Tarif KS

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. abgeschlossen werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung, zu der dieser Tarif abgeschlossen wird, finden entsprechende Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Versicherungsjahr des Krankheitskostentarifs, zu dem dieser Tarif abgeschlossen wurde. Der Versicherungsschutz erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

4. Wartezeit

Die Wartezeit beträgt 6 Monate.

5. Versicherungsumfang/Höherstufungen

Der Mindesttagessatz beträgt 3,- Euro. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich. Bei Höherstufungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, MB/KK 2009) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 der MB/KK 2009 gilt entsprechend.

B) Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind die Behandlungskosten

– Kosten für ärztliche Behandlung, Heilmittel, Arznei- und Verbandmittel

Aufenthaltskosten

– Unterkunfts-, Verpflegungskosten sowie Kurtaxe

soweit die Erstattung vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird.

2. Besondere Leistungsvoraussetzungen

a) Kuraufenthalt und -durchführung müssen in einem ärztlich geleiteten und mit ausreichenden Einrichtungen für Kurdurchführungen versehenen Sanatorium oder einem diesem vergleichbaren Haus, das nach § 30 der Gewerbeordnung konzessioniert ist, stattfinden.

b) Die Kur muss innerhalb von 2 Monaten nach einer mindestens 10-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten werden.

3. Leistungsumfang

Die Versicherungsleistung beträgt bei Nachweis der erstattungsfähigen Kosten

a) bis zu 100 % des versicherten Tagessatzes, wenn beide besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind,

b) bis zu 50 % des versicherten Tagessatzes, wenn eine der besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt ist,

c) bis zu 25 % des versicherten Tagessatzes, wenn keine der besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt ist.

Zu a): Leistungsdauer je Versicherungsfall bis zu 28 Tagen,

Zu b) und c): Leistungsdauer je Leistungsperiode bis zu 28 Tagen; eine etwa in Anspruch genommene Leistungsdauer gemäß a) wird angerechnet.

4. Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Kurbehandlung; er beginnt mit ihrer ärztlich festgestellten Notwendigkeit und gilt mit ihrer Beendigung als abgeschlossen.

5. Leistungsperiode

Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinanderfolgende Kalenderjahre. Die erste Leistungsperiode endet mit dem Schluss des Kalenderjahres, das auf den Versicherungsbeginn folgt.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Höherstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Höherstufung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahngebühr

Sie beträgt je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Rechnungsbelege

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Originalrechnungen nachzuweisen. Die Rechnungen müssen spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungsdauer, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Die Rechnungen der Behandler sind mit den angefallenen Arznei- und Heilmittelrechnungen zusammen vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens 1 Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kurtagegeldversicherung bei stationären Kuren nach dem Tarif KS1

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht Versicherungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin und nach Zusage des Versicherers auch im europäischen Ausland (Abschnitt B 1 a).

Ein ordentliches Kündigungsrecht durch den Versicherer besteht nicht.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe der versicherten Leistung ist im Versicherungsschein an zusätzlichen Ziffern zu der Tarifbezeichnung KS erkenntlich.

Beispiel:

KS/10 = Leistung bis zu 10,- Euro täglich.

KS/30 = Leistung bis zu 30,- Euro täglich.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsumfang

Das Mindestkurtagegeld beträgt 3,- Euro. Erhöhungen um je 1,- Euro sind möglich. Die Höhe des versicherten Kurtagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

5. Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen ist für Mehrleistungen die Wartezeit (§ 3 Abs. 2 MB/KK 2009) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

6. Erlass der Wartezeit bei ärztlicher Untersuchung

Die Wartezeit gemäß § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 kann erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsvoraussetzung

a) Das versicherte Kurtagegeld wird gezahlt, wenn

- eine medizinisch notwendige stationäre Kurbehandlung in einer Kurkrankenanstalt (Sanatorium, Kurklinik oder Heilstätte) stattfindet, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, und
- die Zahlung nach Möglichkeit vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird. Sofern ein Träger der Sozialversicherung oder die Festsetzungsstelle eines Beihilfegebers eine stationäre Kurbehandlung genehmigt hat und sich an den Kosten beteiligt, kann statt des ärztlichen Attestes der Nachweis über diese Bewilligung vorgelegt werden.

Die Zusage wird auch für stationäre Kurbehandlungen in europäischen Ländern erteilt, wenn Kurkrankenanstalten aufgesucht werden, die mit inländischen Häusern vergleichbar sind.

b) Das versicherte Kurtagegeld wird in doppelter Höhe gezahlt, wenn die Kur unter den Voraussetzungen von Buchstabe a innerhalb von 2 Monaten nach einer mindestens 14-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten wird.

2. Leistungsdauer

Das versicherte Kurtagegeld wird je Leistungsperiode für höchstens 30 Tage gezahlt. Jede Leistungsperiode umfasst 3 aufeinanderfolgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009).

Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Kurbehandlung muss nach ihrem Abschluss durch eine Bescheinigung der Kurkrankenanstalt über die Dauer und des behandelnden Arztes über die Diagnose und die Art der Behandlung nachgewiesen werden.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung.

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 4 Abs. 6 MB/KT 2009 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 Anhang¹⁾ tätig sind.

2. Versicherungsfähiger Personenkreis

Versicherungsfähig sind für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden selbstständig Erwerbstätigen und Arbeitnehmer im Alter von 16 bis 65 Jahren. Nicht versicherungsfähig ist, wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld bezieht.

3. Versicherungsumfang

a) Das Mindestkrankentagegeld beträgt 1,- Euro. Es kann in ganzen Vielfachen davon versichert oder nachträglich erhöht werden und darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (§ 4 Abs. 2 MB/KT 2009) nicht übersteigen.

b) Die Versicherung kann mit Leistungsbeginn ab dem 4., 8., 15., 22., 29., 43., 64., 92., 183., 274., 365. und 547. Tag der Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung vereinbart werden. Bei den Leistungsbeginnen 4. und 8. Tag ist eine begrenzte Leistungsdauer bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit möglich.

4. Wartezeiterlass

a) Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

b) Die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, gilt abweichend von § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 auch dann, wenn ein geringerer Krankengeldanspruch als das versicherte Krankentagegeld oder kein Krankengeldanspruch bestand. Diese Anrechnung erfolgt bis zur Höhe des für die versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung höchstmöglichen Krankengeldanspruchs; frühestmöglicher Leistungsbeginn ist in diesem Fall der 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung ist, dass gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht.

Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Mehrleistungen

§§ 2 und 3 MB/KT 2009 gelten entsprechend für die Mehrleistungen nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

Bei Abschluss des Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das 1. Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr 1. Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen

1. Leistungshöhe

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

2. Leistungsdauer

Das versicherte Krankentagegeld wird je Versicherungsfall für jeden Tag der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 MB/KT 2009) einschließlich der Sonn- und Feiertage nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen, gezahlt:

a) ohne zeitliche Begrenzung nach Tarifstufe

V 4	} ab dem	4.	} Tag der Arbeitsunfähigkeit
V 8		8.	
V 15		15.	
V 22		22.	
V 29		29.	
V 43		43.	
V 64		64.	
V 92		92.	
V 183		183.	
V 274		274.	
V 365	365.		
V 547	547.		

b) mit zeitlicher Begrenzung

nach Tarifstufen mit einem Leistungsbeginn am 4. oder 8. Tag und einem Leistungsende am 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit innerhalb der Leistungsdauer, die durch den vereinbarten Leistungsbeginn und das vereinbarte Leistungsende bestimmt ist.

Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 a) bzw. b) MB/KT 2009.

II. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1. Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.

2. Für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später erstreckt sich bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

3. Abweichend von § 5 Abs. 1 c) MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
4. Abweichend von § 5 Abs. 1 d) MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
5. Die befristete Einschränkung der Leistungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 e) MB/KT 2009 entfällt bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim.

III. Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

1. Die Arbeitsunfähigkeit ist durch Vorlage einer die Krankheit bezeichnenden ärztlichen Bescheinigung dem Versicherer spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, an dem dessen Leistungspflicht beginnt.

Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit muss auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten, vom Behandler auszufüllenden Vordruck wöchentlich nachgewiesen werden.

Sobald der Versicherte wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig ist, hat der Versicherungsnehmer das binnen drei Tagen anzuzeigen.

2. Ein Wechsel des Behandlers, der aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist, muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

Bei einem Verstoß gegen diese sich aus den §§ 4 Abs. 7 und 9 Abs. 1 und 2 MB/KT 2009 ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KT 2009).

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KT 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung. Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

2. Monatliche Beitragsraten

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene zu entrichten.

3. Risikozuschläge

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

4. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Ende und Weiterführung der Versicherung

1. Besondere Kündigungsbestimmungen

- a) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird verzichtet, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht.

Für den Fall, dass Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs, wenn eine Vorversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 berücksichtigt wurde.

- b) Kündigung bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei Vereinbarung eines früheren Leistungsbeginns kann der Versicherer die Vereinbarung über diese Mehrleistungen zum Ende des laufenden Versicherungsjahres oder zum Ende eines der folgenden zwei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. § 7 Satz 2 MB/KT 2009 gilt entsprechend.

Der Versicherer verzichtet bei Anpassung des Versicherungsschutzes gemäß Abschnitt F auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn auch für die bestehende Versicherung kein ordentliches Kündigungsrecht ausgeübt werden kann.

2. Weiterführung der Versicherung

- a) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen

Bei einer Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag für die Dauer der Dienstleistung als Ruheversicherung fortzuführen; ansonsten endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des der Einberufung folgenden Monats.

- b) Nichtausübung der Erwerbstätigkeit

Bei vorübergehender Nichtausübung der selbstständigen Tätigkeit trotz Arbeitsfähigkeit und bei Arbeitslosigkeit ruhen die beiderseitigen Rechte und Pflichten bis zur Dauer von zwölf Monaten. Mit Ablauf dieser Zeit erlischt die Versicherung für die betroffenen Personen. Beginn und Ende der Arbeitslosigkeit sind durch Vorlage geeigneter Bescheinigungen nachzuweisen.

- c) Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 15 Abs. 1 a) MB/KT 2009 in Verbindung mit Abschnitt A 2 der Tarifbedingungen) kann die Versicherung für die Dauer des Rentenbezugs als Anwartschaftsversicherung weitergeführt werden. Bei Bezug von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung kann der Ausfall eines zusätzlich erzielten Arbeitsentgelts bis zu dem im Rentenbescheid angegebenen höchstmöglichen Hinzuverdienst unter Wahrung der bisherigen Rechte versichert werden; im Hinblick auf die Höhe und den Leistungsbeginn des zu versichernden Krankentagegeldes sowie die grundsätzliche Aufnahmefähigkeit des ausgeübten Berufs gelten die jeweils aktuellen Annahmeveraussetzungen für das Neugeschäft. Für das zusätzlich erzielte Arbeitsentgelt darf die Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes nicht überschritten werden. Eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 Abs. 2 MB/KT 2009 wird um die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes reduziert.

d) Vollendung des 65. Lebensjahres

Mit Vollendung des 65. Lebensjahres hat die versicherte Person das Recht, gemäß § 15 Abs. 1 c) MB/KT 2009 in Verbindung mit § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen. Soweit von diesem Recht kein Gebrauch gemacht wird, endet das Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des laufenden Kalenderjahres.

e) Ehescheidung

Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil vor, haben die geschiedenen Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile selbstständig fortzuführen, soweit die Voraussetzungen dann noch vorliegen.

F) Anpassung des Versicherungsschutzes

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag; für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, oder zum 1. des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und

der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts fällt. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

G) Tarifierpassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (männliche und weibliche Personen) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KT 2009 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KT 2009 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes, der Leistungsbeginn und gegebenenfalls das Leistungsende sind aus der Tarifbezeichnung ersichtlich.

Zum Beispiel:

V 8/50 = ab dem 8. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich

V 43/20 = ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag 20,- Euro Krankentagegeld täglich

V 8–42/50 = ab dem 8. bis 42. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Ärztetarif VA

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 4 Abs. 6 MB/KT 2009 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)¹⁾ tätig sind.

2. Versicherungsfähiger Personenkreis

Versicherungsfähig sind für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit bis zum vollendeten 65. Lebensjahr alle Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, soweit sie eine selbstständige Praxis ausüben oder angestellt sind.

Nicht versicherungsfähig ist, wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld bezieht.

3. Versicherungsumfang

a) Das Mindestkrankentagegeld beträgt 1,- Euro. Es kann in ganzen Vielfachen davon versichert oder nachträglich erhöht werden und darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (§ 4 Abs. 2 MB/KT 2009) nicht übersteigen.

b) Die Versicherung kann mit Leistungsbeginn ab dem 1., 4., 8., 15., 22., 29., 43., 64., 92., 183., 274. und 365. Tag der Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung vereinbart werden.

4. Wartezeiterlass

a) Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

b) Die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, gilt abweichend von § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 auch dann, wenn ein geringerer Krankengeldanspruch als das versicherte Krankentagegeld oder kein Krankengeldanspruch bestand. Diese Anrechnung erfolgt bis zur Höhe des für die versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung höchstmöglichen Krankengeldanspruchs; frühestmöglicher Leistungsbeginn ist in diesem Fall der 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung ist, dass gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht.

Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Mehrleistungen

§§ 2 und 3 MB/KT 2009 gelten entsprechend für die Mehrleistungen nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

Bei Abschluss des Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das 1. Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr 1. Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen

1. Leistungshöhe

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

2. Leistungsdauer

Das versicherte Krankentagegeld wird je Versicherungsfall für jeden Tag der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 MB/KT 2009) einschließlich der Sonn- und Feiertage nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen, gezahlt:

nach Tarifstufe		
VA 1	} ab dem	1. } Tag der Arbeitsunfähigkeit
VA 4		4. }
VA 8		8. }
VA 15		15. }
VA 22		22. }
VA 29		29. }
VA 43		43. }
VA 64		64. }
VA 92		92. }
VA 183		183. }
VA 274	274. }	
VA 365	365. }	

Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 a) bzw. b) MB/KT 2009.

II. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1. Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.

2. Für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später erstreckt sich bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.

3. Abweichend von § 5 Abs. 1 c) MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

4. Abweichend von § 5 Abs. 1 d) MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
5. Die befristete Einschränkung der Leistungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 e) MB/KT 2009 entfällt bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim.

III. Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

1. Die Arbeitsunfähigkeit ist durch Vorlage einer die Krankheit bezeichnenden ärztlichen Bescheinigung dem Versicherer spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, an dem dessen Leistungspflicht beginnt.

Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit muss auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten, vom Behandler auszufüllenden Vordruck wöchentlich nachgewiesen werden.

Sobald der Versicherte wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig ist, hat der Versicherungsnehmer das binnen drei Tagen anzuzeigen.

2. Ein Wechsel des Behandlers, der aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist, muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

Bei einem Verstoß gegen diese sich aus den §§ 4 Abs. 7 und 9 Abs. 1 und 2 MB/KT 2009 ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KT 2009).

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KT 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung. Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

2. Monatliche Beitragsraten

3. Risikozuschläge

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

4. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Ende und Weiterführung der Versicherung

1. Besondere Kündigungsbestimmungen

- a) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird verzichtet, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht.

Für den Fall, dass Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs, wenn eine Vorversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 berücksichtigt wurde.

- b) Kündigung bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei Vereinbarung eines früheren Leistungsbeginns kann der Versicherer die Vereinbarung über diese Mehrleistungen zum Ende des laufenden Versicherungsjahres oder zum Ende eines der folgenden zwei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. § 7 Satz 2 MB/KT 2009 gilt entsprechend.

Der Versicherer verzichtet bei Anpassung des Versicherungsschutzes gemäß Abschnitt F auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn auch für die bestehende Versicherung kein ordentliches Kündigungsrecht ausgeübt werden kann.

2. Weiterführung der Versicherung

- a) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen

Bei einer Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag für die Dauer der Dienstleistung als Ruhensversicherung fortzuführen; ansonsten endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des der Einberufung folgenden Monats.

- b) Nichtausübung der Erwerbstätigkeit

Bei vorübergehender Nichtausübung der selbstständigen Tätigkeit trotz Arbeitsfähigkeit und bei Arbeitslosigkeit ruhen die beiderseitigen Rechte und Pflichten bis zur Dauer von zwölf Monaten. Mit Ablauf dieser Zeit erlischt die Versicherung für die betroffenen Personen.

Beginn und Ende der Arbeitslosigkeit sind durch Vorlage geeigneter Bescheinigungen nachzuweisen.

- c) Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 15 Abs. 1 a) MB/KT 2009 in Verbindung mit Abschnitt A 2 der Tarifbedingungen) kann die Versicherung für die Dauer des Rentenbezugs als Anwartschaftsversicherung weitergeführt werden. Bei Bezug von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung kann der Ausfall eines zusätzlich erzielten Arbeitsentgelts bis zu dem im Rentenbescheid angegebenen höchstmöglichen Hinzuverdienst unter Wahrung der bisherigen Rechte versichert werden; im Hinblick auf die Höhe und den Leistungsbeginn des zu versichernden Krankentagegeldes sowie die grundsätzliche Aufnahmefähigkeit des ausgeübten Berufs gelten die jeweils aktuellen Annahmeveraussetzungen für das Neugeschäft. Für das zusätzlich erzielte Arbeitsentgelt darf die Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes nicht überschritten werden. Eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 Abs. 2 MB/KT 2009 wird um die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes reduziert.

- d) Vollendung des 65. Lebensjahres

Mit Vollendung des 65. Lebensjahres hat die versicherte Person das Recht, gemäß § 15 Abs. 1 c) MB/KT 2009 in Verbindung mit § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen. Soweit von diesem Recht kein Gebrauch gemacht wird, endet das Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des laufenden Kalenderjahres.

- e) Ehescheidung

Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil vor, haben die geschiedenen Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile selbstständig fortzuführen, soweit die Voraussetzungen dann noch vorliegen.

F) Anpassung des Versicherungsschutzes

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag; für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, oder zum 1. des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts fällt. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

G) Tarifierpassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (männliche und weibliche Personen) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KT 2009 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KT 2009 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe des versicherten Krankentagegeldes und der Leistungsbeginn sind aus der Tarifbezeichnung ersichtlich.

Zum Beispiel:

VA 8/50 = ab dem 8. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich

VA 43/20 = ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag 20,- Euro Krankentagegeld täglich

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung nach den Tarifen ANV und AWVA

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Abschlussfähigkeit

Für die Tarife V und VA kann eine Anwartschaftsversicherung mit Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B abgeschlossen werden, um für die versicherte Person erworbene Rechte zu erhalten oder zu begründen, und zwar bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienhilfe, freier Heilfürsorge, längerem Auslandsaufenthalt, außergewöhnlicher, wirtschaftlicher Notlage oder vergleichbaren, schwerwiegenden Gründen.

2. Versicherungsbedingungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs, für den die Anwartschaftsversicherung besteht, entsprechend, soweit nachstehend keine abweichende Regelung getroffen ist.

3. Versicherungsdauer

Die Anwartschaftsversicherung wird für einen begrenzten Zeitraum abgeschlossen. Eine vorzeitige Übernahme in den vereinbarten Tarif kann nur mit Zustimmung des Versicherers erfolgen.

B) Leistungen des Versicherers

Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – leistungsfrei. Der Versicherer ist mit Beendigung der Anwartschaftsversicherung zur Übernahme in den vereinbarten Tarif zu folgenden Bedingungen verpflichtet:

1. Beitragsberechnung

Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung sind die vollen tariflichen Beiträge, die sich unter Berücksichtigung sowohl des Alters bei Beginn der Anwartschaftsversicherung

als auch zwischenzeitlicher Leistungs- und Beitragsanpassungen ergeben, einschließlich etwaiger Beitragszuschläge zu entrichten.

2. Versicherung erschwerter Risiken

Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

3. Wartezeiten

Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Beitrag

Der Anwartschaftsbeitrag beträgt
– 20 % des Beitrags für den vereinbarten Tarif V,
– 40 % des Beitrags für den vereinbarten Tarif VA.

2. Vorzeitige Beendigung

Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt oder die Versicherung aus anderen Gründen nicht wirksam, so erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

D) Beitragsrückerstattung

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für die Zeit der Anwartschaftsversicherung nicht.

Besondere Bedingungen für Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden oder eine mit dieser vergleichbare Tätigkeit ausüben (AZ)-Auszug

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Änderungen:

1. Versicherungsfähig sind – soweit sie das 21. Lebensjahr vollendet und solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht überschritten haben –

a) Personen, die in der Ausbildung zu einem anerkannten Beruf stehen und keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen bzw. Anwärterbezügen – haben;

b) Schüler im zweiten Bildungsweg, die keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit haben;

c) Studenten, die keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit haben; abweichend von Satz 1, erster Halbsatz, sind Studenten – soweit sie das 18. Lebensjahr vollendet haben – versicherungsfähig;

d) nicht berufstätige Ehegatten und eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz der unter a – c genannten Personen.

2. Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Besonderen Bedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter und ergeben sich aus der geschäftsplanmäßigen Beitragsübersicht. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. und 30. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben davon unberührt.

3. Die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer in Nr. 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Hinsichtlich der Studenten (Nr. 1c) endet sie spätestens zum Ende des Monats, in dem das 12. Fachsemester abgeschlossen wird; in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Abschluss einer bereits begonnenen Prüfung, Prüfungswiederholung) kann eine einmalige Verlängerung um bis zu drei Semester vereinbart werden.

4. Bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach diesen Besonderen Bedingungen wird die Versicherung ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im bisherigen Umfang nach den vereinbarten Tarifen weitergeführt. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten

Eintrittsalter. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitrags-
erhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009. Der Versi-
cherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung innerhalb
von zwei Monaten vom Zeitpunkt der Weiterführung an mit
sofortiger Wirkung zu kündigen.

5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer
den Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß Nr. 1 dieser Besonderen Bedingungen innerhalb einer Frist von einem Monat schriftlich mitzuteilen. Auf Verlangen hat der Versicherungsnehmer außerdem Auskunft über die Versicherungsfähigkeit zu erteilen und ggf. entsprechende Nachweise zu erbringen.
6. Besteht im Anschluss an die Ausbildung gemäß Nr. 1 Arbeitslosigkeit, so ist für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für 18 Monate und längstens bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, die Fortführung der Besonderen Bedingungen möglich. Insoweit kann der Versicherungsschutz ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen der bestehenden Tarife in Höhe der bisher durch andere Kostenträger gedeckten Krankheitskosten erweitert werden, wenn dies innerhalb von zwei

Monaten nach Beendigung der Ausbildung beantragt wird. Bereits bestehende besondere Vereinbarungen gelten entsprechend auch für den erweiterten Versicherungsschutz. Die Umstellung des Versicherungsschutzes erfolgt zum 1. des Monats, der auf die Beendigung der Ausbildung folgt. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist unverzüglich anzuzeigen.

7. In Tarifen, die für Jugendliche eine niedrigere Selbstbeteiligung als für Erwachsene vorsehen, gilt für Studenten - soweit sie das 18. Lebensjahr vollendet haben - abweichend von den Tarifbedingungen die höhere Selbstbeteiligung für Erwachsene.
8. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AZ ergänzt.

Erläuterung der Tarifbezeichnung:

AZ SII/20 = Besondere Bedingungen zum Krankenhaustagegeldtarif SII mit einem Krankenhaustagegeld von 20,- Euro täglich.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Besonderheiten:

1. Für Tarife, die geschäftsplanmäßig eine Anwartschaftsversicherung vorsehen, kann diese bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienversicherung, längerem Auslandsaufenthalt oder vergleichbaren Gründen abgeschlossen werden, um für die versicherte Person erworbene Rechte zu erhalten oder neue Rechte zu begründen.
2. Die Anwartschaftsversicherung wird für einen begrenzten Zeitraum abgeschlossen. Sie endet mit Aufleben des Tarifs. Eine vorzeitige Übernahme in den vereinbarten Tarif oder eine Verlängerung kann nur mit Zustimmung des Versicherers erfolgen.
3. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – aus dem vereinbarten Tarif leistungsfrei.
4. Hat vor Beginn der Anwartschaftsversicherung bereits eine Versicherung nach dem vereinbarten Tarif bestanden, so bleiben die während der vollen Beitragszahlung erworbenen Rechte erhalten.
5. Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind mit Ausnahme von anerkannten Dienstbeschädigungen ohne besonderen Zuschlag mitversichert.
6. Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

7. Der Anwartschaftsbeitrag beträgt

– für Kinder und Jugendliche (0–20 Jahre)	5 %
– für Männer (21–65 Jahre)	30 %
– für Männer (ab 66 Jahre)	5 %
– für Frauen (21–65 Jahre)	20 %
– für Frauen (ab 66 Jahre)	5 %

vom Beitrag des vereinbarten Tarifs.

Von dem auf die Vollendung des 20. und 65. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an gilt der Prozentsatz der nächsthöheren Altersgruppe.

Die genannten Prozentsätze können sich bei Beitragsveränderungen, insbesondere Beitragsanpassungen, mit Zustimmung des Treuhänders ändern.

8. Ein Übertragungswert nach § 13 Abs. 8 MB/KK 2009 wird bereits während der Laufzeit der Anwartschaftsversicherung aufgebaut, ein Anspruch auf Übertragung besteht aber erst nach Umwandlung der Anwartschaftsversicherung in den vereinbarten Tarif.
9. Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt oder nicht in den vereinbarten Tarif umgewandelt, so erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.
10. Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung sind die vollen tariflichen Beiträge, die sich unter Berücksichtigung sowohl des Alters bei Beginn der Anwartschaftsversicherung nach diesen Besonderen Bedingungen als auch zwischenzeitlicher Leistungs- und Beitragsanpassungen ergeben, einschließlich etwaiger Beitragszuschläge zu entrichten.
11. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für die Zeit der Anwartschaftsversicherung nicht.
12. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AG ergänzt.

Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Besonderheiten:

1. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter können zu allen für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Krankheitskostenversicherung vereinbart werden, für die eine Alterungsrückstellung gemäß § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009 zu bilden ist.
2. Versicherungsfähig sind alle Personen ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Die Besonderen Bedingungen können bis zum Alter von 64 Jahren vereinbart werden.
3. Als monatliche Beitragsermäßigung kann ein Betrag von mindestens 5,- Euro und höchstens 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags für den Tarif, in dem diese Besonderen Bedingungen gelten, vereinbart werden.
4. Die monatlichen Beitragsraten für die Besonderen Bedingungen richten sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter und ergeben sich aus der Beitragsübersicht in der jeweils geltenden technischen Berechnungsgrundlage.
5. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, verringern sich die monatlichen Beitragsraten der Krankheitskostenversicherung um die vereinbarte Beitragsermäßigung, maximal um 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags.
6. Bei erstmaligem Bezug von Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente bzw. Erhalt von Pensionsbezügen kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn dieses Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen wird die Höhe

der monatlichen Beitragsermäßigung entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung der vorhandenen Alterungsrückstellung nach den anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

7. Zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn eines in diesem Zeitraum liegenden Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen wird die Höhe der monatlichen Beitragsermäßigung entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung der vorhandenen Alterungsrückstellung nach den anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.
8. Das Wirksamwerden der Beitragsermäßigung vermindert nicht den eventuellen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder einen Leistungsfreiheitsrabatt; demzufolge wird für die Ermittlung der Höhe der Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder des Leistungsfreiheitsrabattes der Beitragsanteil der Besonderen Bedingungen nicht mitgerechnet.
9. Bei Änderungen der technischen Berechnungsgrundlagen kann sich die Höhe der vereinbarten Beitragsermäßigung mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ändern.
10. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter enden mit der Beendigung des Tarifs der Krankheitskostenversicherung, in dem sie vereinbart sind, falls kein anderer Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgeführt wird. Gegenseitige Rechte und Pflichten bestehen dann aus den Besonderen Bedingungen nicht mehr.
11. Sind die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter vereinbart, wird die Tarifbezeichnung der betroffenen Tarife durch BE ergänzt.

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2010) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 v.H. der nach den Nummern 1 – 11 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen für

1. Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ohne bzw. mit einem bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kind 50 v.H.
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 v.H.
3. Personen nach Nr. 1, die sich im Ruhestand befinden 30 v.H.
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 v.H.
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 v.H.

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 – 11 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 – 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 440,- Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.040,- Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.510,- Euro

erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendersersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang¹⁾) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI (siehe Anhang¹⁾) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v.H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 225,- Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 430,- Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 685,- Euro.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21,- Euro, in Pflegestufe III bis zu 31,- Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 21,- Euro erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.510,- Euro je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnungsumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 2. Halbsatz erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu

100 v.H.

erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 v.H. der Aufwendungen, höchstens jedoch 25,- Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu

31 Euro

je Kalendermonat erstattet.

4.3 Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf

2.557 Euro

je Maßnahme begrenzt.

In Tarifstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5. Teilstationäre Pflege

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 440,- Euro,

5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.040,- Euro,

5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.510,- Euro,

erstattet.

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v.H. der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

1.510 Euro

pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 3 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 v.H. gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023,- Euro je Kalendermonat,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279,- Euro je Kalendermonat,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.510,- Euro je Kalendermonat,
- d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 3 anerkannt sind, in Höhe von 1.825,- Euro je Kalendermonat

erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v.H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang)¹⁾. Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v.H. des nach § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang)¹⁾ vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536,- Euro.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) – Sechstes Buch (VI) – (siehe Anhang)¹⁾ in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen

Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt nach Maßgabe von § 44a SGB XI (siehe Anhang)¹⁾; ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 130, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang)¹⁾ gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder

- d) der nach Landesrecht anerkannten niedrighschweligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI (siehe Anhang)¹⁾ gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu

100,- Euro (Grundbetrag) oder

200,- Euro (erhöhter Betrag)

monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI (siehe Anhang)¹⁾.

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

Pflegehilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

1.1 Pflegebetten

- Pflegebetten, manuell verstellbar
- Pflegebetten, motorisch verstellbar
- Kinder-/Kleinwüchsigepflegebetten

1.2 Pflegebettzubehör

- Bettverlängerungen
- Bettverkürzungen
- Bettgalgen
- Aufrichthilfe
- Seitengitter
- Fixiersysteme für Personen

1.3 Bettzurichtungen zur Pflege erleichterung

- Einlegerahmen
- Rückenstützen, manuell verstellbar

1.4 Spezielle Pflegebettische

- Pflegebettische
- Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte

1.5 Sitzhilfen zur Pflege erleichterung

- Sitzhilfen zur Pflege erleichterung im Bett

1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung

- Rollstühle mit Sitzkantelung

1.7 Pflegerollstühle

- Pflegerollstühle

Hilfsmittel*:

Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung

- Lifter, fahrbar

Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert

- Wandlifter

Zubehör für Lifter

- Zubehör für Lifter

Umsetz- u. Hebehilfen

- Drehscheiben
- Positionswechselhilfen
- Umlager-/Wendehilfen

Innenraum und Außenbereich

Schieberollstühle

- Standardschieberollstühle

Treppen

Treppenfahrzeuge

- Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)
- Treppenraupen

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene

2.1 Produkte zur Hygiene im Bett

- Bettpfannen (Stechbecken)
- Urinflaschen
- Urinschiffchen
- Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar
- Urinflaschenhalter

2.2 Waschsysteme

- Kopfwaschsysteme
- Ganzkörperwaschsysteme
- Duschwagen
- Kopfwaschbecken, freistehend
- Hygienesitze

Hilfsmittel*:

Badewannenlifter

- Badewannenlifter, mobil
- Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche

Badewanneneinsätze

- Badewannenverkürzer
- Badeliegen

Badewannensitze

- Badewannenbretter
- Badewannensitze ohne Rückenlehne
- Badewannensitze mit Rückenlehne
- Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar

Duschhilfen

- Duschsitze, an der Wand montiert
- Duschhocker
- Duschstühle

Toilettensitze

- Toilettensitzerhöhungen
- Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar
- Toilettensitze für Kinder

Toilettengestelle

- Toilettensstützgestelle
- Toilettensitzgestelle

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln werden auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt, wenn sie pflegerisch notwendig sind.

Toilettenstühle

- Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff
- Feststehende Holztoilettenstühle
- Toilettenstühle für Kinder

Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen

- Badewannengriffe, mobil
- Stützgriffe für Waschbecken und Toilette

Toilettenrollstühle

- Toilettenrollstühle

Duschrollstühle

- Dusch-Schieberollstühle

3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität

3.1 Notrufsysteme

- Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte
- Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale

Hilfsmittel*:

Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung

- Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen

Gehhilfen

- Gehgestelle
- Reziproke Gehgestelle
- Gehgestelle mit zwei Rollen
- Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)

Bettpfosten-/Bettrahmenerhöher

- Bettpfostenhöher
- Bettrahmenerhöher

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

4.1 Lagerungsrollen

- Lagerungsrollen
- Lagerungshalbrollen

Hilfsmittel*:

Lagerungskeile

- Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm

Sitzhilfen zur Vorbeugung

- Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien

Liegehilfen zur Vorbeugung

- Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien
- Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

5.1 Saugende Bettschutzeinlagen

- Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch

5.2 Schutzbekleidung

- Fingerlinge
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz
- Schutzschürzen

5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Desinfektionsmittel

Hilfsmittel*:

Saugende Inkontinenzvorlagen

- Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1
- Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2
- Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3
- Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2
- Vorlagen für Urininkontinenz

Netzhosen für Inkontinenzvorlagen

- Netzhose Größe 1 / Netzhose Größe 2

Saugende Inkontinenzhosen

- Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3

Externe Urinalableiter

- Urinal-Kondome/Rolltrichter

Urin-Beinbeutel

- Beinbeutel mit Ablauf, unsteril

Urin-Bettbeutel

- Bettbeutel mit Ablauf, unsteril

Zubehör für Auffangbeutel

- Haltebänder für Urinbeutel
- Halterungen/Taschen für Urinbeutel
- Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel

Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (ANW PVN/ANW PVB)

1. Allgemeines

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

2.1 Die Anwartschaftsversicherung kann, vom Versicherungsbeginn 1. Januar 1995 abgesehen, nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in den in Nr. 2.2 genannten Fällen abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

2.2 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder im Rahmen der Familienversicherung versichert sind.

2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, wenn die Voraussetzungen nach 2.2 nicht mehr vorliegen.

3. Beiträge

3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag von 5,61 Euro in Tarifstufe PVN und 4,43 Euro in Tarifstufe PVB zu zahlen.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der Anwartschaft nicht erhoben.

3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8 b MB/PPV 2010 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.

3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI (siehe Anhang)¹⁾ aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.

3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2010 bzw. Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“ (siehe Anhang)¹⁾ oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ (siehe Anhang)¹⁾, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

4. Leistungen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

5.1 Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder bei Beendigung der Familienversicherung die private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.

5.2 Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.

5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang)¹⁾ Anwendung finden, in eine Anwartschaft sowie bei Beginn der Anwartschaftsversicherung am 1. Januar 1995 kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Sonstige Beendigungsgründe

6.2.1 Mit Beginn oder Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.

6.2.2 Die Anwartschaftsversicherung endet bei Beendigung der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Sofern in diesem Fall keine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt, kann die private Pflegepflichtversicherung freiwillig mit den Beiträgen nach Nr. 3.4 fortgesetzt werden.

6.2.3 Die Anwartschaftsversicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2010 entsprechend.

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten in der privaten Pflegepflichtversicherung

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010 und Tarif PV) gilt folgendes:

1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten i.S.v. § 20 Abs. 1 Nrn. 9 und 10 SGB XI (siehe Anhang)¹⁾ werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.
2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 – 11 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2010 ab 1. Januar 2010 bis zu einer Neufestsetzung gemäß Nr. 6 einen monatlichen Beitrag von 16,80 Euro.
3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nr. 1 genannten Eigenschaft.
4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2010, Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26a Abs. 1 SGB XI“ (siehe Anhang)¹⁾ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ (siehe Anhang)¹⁾, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.
5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 34. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4 Sätze 1 und 2.
6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8 b MB/PPV 2010 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.
7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2010 entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PTE

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. (RB/PT) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Satz 1 RB/PT). Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung, bei der Mitversicherung weiterer Personen oder bei Erhöhung des Pflegetagegeldes wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Geltungsbereich

Für jeden Tag, für den die PPV oder die SPV eine Leistung erbringt, erstreckt sich in Erweiterung von § 1 Absatz 11 und § 5 b RB/PT der Versicherungsschutz auch auf Pflege außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

5. Ende des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis endet für die nach diesem Tarif versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 wegfällt.

B) Leistungen des Versicherers

Das Pflegetagegeld wird für ambulante oder stationäre Pflege gezahlt, wenn für die pflegebedürftige versicherte Person die Pflegestufe III nach § 1 Abs. 6 RB/PT festgestellt wurde. Das Pflegetagegeld wird mit einem Betrag für ambulante Pflege und einem Betrag für stationäre Pflege vereinbart. Der Betrag für ambulante Pflege wird für

- häusliche Pflege,
 - teilstationäre Pflege und
 - Kurzzeitpflege
- im Sinne der PPV bzw. SPV gezahlt.

Der Betrag für stationäre Pflege wird für vollstationäre Pflege im Sinne der PPV bzw. SPV gezahlt. Befindet sich die versicherte Person in einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wird das für stationäre Pflege vereinbarte Pflegetagegeld ab dem Aufnahmetag bis zum Entlassungstag in Höhe von 75 % gezahlt, wenn nachgewiesen wird, dass durch die Bereithaltung eines vollstationären Pflegeplatzes weiterhin Kosten entstehen.

Die Höhe der vereinbarten Beträge für das Pflegetagegeld ergibt sich aus der Tarifbezeichnung. Die Zahl hinter dem ersten Schrägstrich bezeichnet den vereinbarten Betrag für ambulante Pflege in Euro; die Zahl hinter dem zweiten Schrägstrich den Betrag für stationäre Pflege in Euro. Die Mindestversicherungssumme beträgt jeweils 10,- Euro für ambulante oder stationäre Pflege. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich.

¹⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a RB/PT). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Nachweis der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ist anhand der Einstufung der PPV oder SPV in die Pflegestufe III unverzüglich nachzuweisen. Wird durch die PPV oder SPV mitgeteilt, dass keine Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe III vorliegt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer davon unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Tag, an dem die PPV oder SPV mitteilt, dass keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt erbrachte Leistungen sind zurückzuzahlen.

4. Leistungsunterlagen

Die Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III ist durch das Erstgutachten und die Folgegutachten der PPV oder SPV nachzuweisen. Das Ende der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Kosten für die Nachweise trägt der Versicherungsnehmer.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Dynamische Erhöhung

Die vereinbarten Beträge des Pflegegeldes erhöhen sich ohne erneute Gesundheitsprüfung - auch für laufende Versicherungsfälle – alle zwei Jahre zum 1. Juli um fünf Prozent, wenn

- die versicherte Person in dem Jahr der Erhöhung mindestens 21 Jahre alt ist,
- der Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt mindestens zwei Jahre bestanden hat und
- innerhalb von zwei Jahren vor dem Erhöhungszeitpunkt keine Veränderung der Beträge des Pflegegeldes vorgenommen wurde.

Die Beträge des Pflegegeldes werden kaufmännisch auf den nächsten vollen Euro-Betrag gerundet. Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem zum Erhöhungszeitpunkt erreichten Eintrittsalter. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versiche-

rungsschutzes finden Anwendung. Der Versicherungsnehmer wird vor dem Erhöhungszeitpunkt schriftlich informiert. Die Erhöhung der Beträge des Pflegegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer spätestens bis zum Ende des Kalendermonats, zu dem die Erhöhung wirksam würde, der Erhöhung eines Betrages des Pflegegeldes schriftlich widerspricht. Wird zwei dynamischen Erhöhungen, die unmittelbar hintereinander liegen, widersprochen, erlischt das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen des Pflegegeldes. Das Recht auf dynamische Erhöhungen des Pflegegeldes kann nach erneuter Gesundheitsprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

F) Optionsrecht

Für die versicherte Person besteht das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung in die Pflegegeldversicherung nach dem Tarif PTK zu wechseln. Die versicherte Person kann mit Versicherungsbeginn zum 1.1. des Kalenderjahres wechseln, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 50 oder 55 oder 60 Jahre alt wird. Der Wechsel ist vor dem jeweiligen Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, beim Versicherer zu beantragen. Der hinzukommende Teil des Versicherungsschutzes gilt auch für laufende Versicherungsfälle. Nach dem Wechsel erlischt das Optionsrecht.

Die Höhe des ambulanten und stationären Pflegegeldes nach dem Tarif PTK ist auf die Beträge begrenzt, die für ambulante und stationäre Pflege vor dem Wechsel nach dem Tarif PTE jeweils vereinbart sind. Wird das Recht wahrgenommen, endet die Versicherung nach dem Tarif PTE zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird. Die Versicherung nach diesem Tarif kann insoweit bestehen bleiben, als nach dem Wechsel das Pflegegeld nach den Tarifen PTE und PTK zusammen für ambulante und stationäre Pflege jeweils nicht höher ist als vor dem Wechsel. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld nach dem Tarif PTK richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes finden Anwendung.

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b RB/PT Anwendung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PTK

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. (RB/PT) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§2 Satz 1 RB/PT). Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung, bei der Mitversicherung weiterer Personen oder bei Erhöhung des Pflegetagegeldes wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Geltungsbereich

Für jeden Tag, für den die PPV oder die SPV eine Leistung erbringt, erstreckt sich in Erweiterung von § 1 Absatz 11 und § 5 b RB/PT der Versicherungsschutz auch auf Pflege außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

5. Ende des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis endet für die nach diesem Tarif versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 wegfällt.

B) Leistungen des Versicherers

Das Pflegetagegeld wird für ambulante oder stationäre Pflege gezahlt, wenn für die pflegebedürftige versicherte Person eine Pflegestufe nach § 1 Abs. 6 RB/PT festgestellt wurde. Das Pflegetagegeld wird mit einem Betrag für ambulante Pflege und einem Betrag für stationäre Pflege vereinbart. Der Betrag für ambulante Pflege wird für

- häusliche Pflege,
- teilstationäre Pflege und
- Kurzzeitpflege

im Sinne der PPV bzw. SPV gezahlt.

Der Betrag für stationäre Pflege wird für vollstationäre Pflege im Sinne der PPV bzw. SPV gezahlt. Befindet sich die versicherte Person in einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wird das für stationäre Pflege vereinbarte Pflegetagegeld ab dem Aufnahmetag bis zum Entlassungstag in Höhe von 75 % gezahlt, wenn nachgewiesen wird, dass durch die Bereithaltung eines vollstationären Pflegeplatzes weiterhin Kosten entstehen.

Die Höhe der vereinbarten Beträge für das Pflegetagegeld ergibt sich aus der Tarifbezeichnung. Die Zahl hinter dem ersten Schrägstrich bezeichnet den vereinbarten Betrag für ambulante Pflege in Euro; die Zahl hinter dem zweiten Schrägstrich den Betrag für stationäre Pflege in Euro. Die Mindestversicherungssumme beträgt jeweils 10,- Euro für ambulante oder stationäre Pflege. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a RB/PT). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Nachweis der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ist anhand der Einstufung der PPV oder SPV in eine Pflegestufe unverzüglich nachzuweisen. Bis dieser Nachweis erbracht ist, kann die Pflegebedürftigkeit auch durch den behandelnden Arzt anhand eines vom Versicherer ausgehändigten Formulars festgestellt werden, sofern zeitgleich der Antrag auf Leistungen bei der PPV bzw. SPV gestellt wird. Spätestens sechs Monate nach dem Leistungsbeginn des Versicherers ist der Nachweis über die Einstufung der versicherten Person durch die PPV oder SPV in eine Pflegestufe zu erbringen. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, endet die Leistungspflicht des Versicherers spätestens sechs Monate nach Leistungsbeginn des Versicherers. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt begründet während der Vertragslaufzeit für die versicherte Person höchstens einmal einen Leistungsanspruch. Wird durch die PPV oder SPV mitgeteilt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer davon unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Tag, an dem die PPV oder SPV mitteilt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt erbrachte Leistungen sind zurückzuzahlen.

4. Leistungsunterlagen

Die Pflegebedürftigkeit ist durch das Erstgutachten und die Folgegutachten der PPV oder SPV nachzuweisen. Das Ende der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Wird die Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt festgestellt, ist diese durch das vom Versicherer ausgehändigte und vom behandelnden Arzt auszufüllende Formular nachzuweisen. Die Kosten für die Nachweise trägt der Versicherungsnehmer.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Dynamische Erhöhung

Die vereinbarten Beträge des Pflegegeldes erhöhen sich ohne erneute Gesundheitsprüfung - auch für laufende Versicherungsfälle – alle zwei Jahre zum 1. Juli um fünf Prozent, wenn

- die versicherte Person in dem Jahr der Erhöhung mindestens 21 Jahre alt ist,
- der Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt mindestens zwei Jahre bestanden hat und
- innerhalb von zwei Jahren vor dem Erhöhungszeitpunkt keine Veränderung der Beträge des Pflegegeldes vorgenommen wurde.

Die Beträge des Pflegegeldes werden kaufmännisch auf den nächsten vollen Euro-Betrag gerundet. Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem zum Erhöhungszeitpunkt erreichten Eintrittsalter. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes finden Anwendung. Der Versicherungsnehmer wird vor dem Erhöhungszeitpunkt schriftlich informiert. Die Erhöhung der Beträge des Pflegegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer spätestens bis zum Ende des Kalendermonats, zu dem die Erhöhung wirksam würde, der Erhöhung eines Betrages des Pflegegeldes schriftlich widerspricht. Wird zwei dynamischen Erhöhungen, die unmittelbar hintereinander liegen, widersprochen, erlischt das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen des Pflegegeldes. Das Recht auf dynamische Erhöhungen des Pflegegeldes kann nach erneuter Gesundheitsprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

F) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b RB/PT Anwendung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung nach dem Tarif PZ

A) Allgemeine Bestimmungen

I. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherer gewährt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegegeld oder Ersatz von Aufwendungen für Pflege sowie sonstige Leistungen, die von der Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch XI erfaßt werden, mit Ausnahme der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Zusätzlich sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen erstattungsfähig.
- b) Versicherungsfall ist die im Rahmen der Pflegepflichtversicherung festgestellte Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.
- c) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- d) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (A III 1). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Rechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Rechnungsgrundlage angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Zuschlag (A II 2 c und d) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). 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 fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- b) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- c) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Zuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- d) Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst. Entsprechendes gilt bei Vertragsänderungen.

3. Umfang des Versicherungsschutzes und der Leistungspflicht

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere denen der Pflegepflichtversicherung.

4. Einschränkung der Leistungspflicht

Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

5. Auszahlung der Versicherungsleistungen

- a) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden dem Eigentum des Versicherers.
- b) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang⁷⁾.
- c) 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.
- d) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- e) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Die Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6. Ende des Versicherungsschutzes

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

II. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Beitragszahlung

- a) Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- b) Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.
- c) 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, so ist der Unterschieds-

betrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

- d) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
 - e) Für Neugeborene, die gemäß Abschnitt I 2 b ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.
 - f) 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.
 - g) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang⁷⁾ zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
 - h) 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 Anhang⁷⁾ 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.
 - i) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
 - j) Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.
 - k) Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 EUR.
- ### 2. Beitragsberechnung
- a) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
 - b) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
 - c) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Zuschläge entsprechend ändern.

⁷⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

d) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

3. Beitragsanpassung

- a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- b) Eine Erhöhung der Beiträge gemäß Abs. a ist mit Zustimmung des Treuhänders auch dann zulässig, wenn aufgrund von Leistungserweiterungen der sozialen Pflegeversicherung eine nachhaltige Verschlechterung des geschäftsplanmäßig zu beobachtenden Schadenverlaufs im Vergleich zu den bei der Kalkulation eingerechneten Schäden bevorsteht.
- c) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen (weniger als 10.000 nach diesem Tarif versicherte natürliche Personen), wird dem Vergleich gemäß Abs. a) die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- d) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- e) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers erfolgt.

4. Obliegenheiten

- a) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. Abschnitt I 5c) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- b) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- c) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

5. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- a) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang)⁷⁾ vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in den Abs. 4 a bis c genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- b) Wird die in Abs. 4 c genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang)⁷⁾ innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.
- c) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

6. Ansprüche gegen Dritte

- a) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang)⁷⁾, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- b) 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.
- c) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen a und b 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.
- d) 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 a bis c entsprechend anzuwenden.

7. Aufrechnung

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

III. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- a) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- b) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarifstufen beschränkt werden.
- c) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere

⁷⁾ vgl. Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2010 und RB/PT

Lebensaltersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

- d) Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistungen gemäß Abschnitt IV 3, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- e) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- f) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

2. Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Kündigt der Versicherer des Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Abschnitt 1 f Sätze 1 und 2.

3. Sonstige Beendigungsgründe

- a) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- b) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- c) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, verlegt; es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

IV. Sonstige Bestimmungen

1. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

2. Gerichtsstand

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

V. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe der Versicherungsleistungen

Die Höhe der Versicherungsleistung gemäß Abs. 1 und 2 ist abhängig von der Vorleistung der Pflegepflichtversicherung der versicherten Person und von der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine Tarifstufe beträgt 10 % der Vorleistung. Maximal können 20 Tarifstufen abgeschlossen werden. Die Zahl hinter dem Schrägstrich entspricht der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen (z. B.: PZ/10 = 10 Stufen = 100 %).

Erfolgt keine Vorleistung der Pflegepflichtversicherung, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

1. Pflegegeld

Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall ein Pflegegeld. Die Höhe des Pflegegeldes ergibt sich aus der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine vereinbarte Tarifstufe entspricht 10 % des von der Pflegepflichtversicherung gezahlten Pflegegeldes.

Beihilfeberechtigte erhalten das Pflegegeld, das eine nicht beihilfeberechtigte Person bei gleichem vereinbarten Prozentsatz erhalten würde.

2. Kostenerstattung

Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall die entstandenen Kosten – bei stationärer Pflege auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen (siehe A I 1 a) –, die über die Leistungen hinausgehen, die die versicherte Person von der Pflegepflichtversicherung und an Beihilfe erhält, bis zu der versicherten Höchstsumme.

Die Höchstsumme ergibt sich aus der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine vereinbarte Tarifstufe entspricht 10 % der Vorleistung der Pflegepflichtversicherung.

Bei Beihilfeberechtigten entspricht eine vereinbarte Tarifstufe 10 % der Vorleistung, die eine nicht beihilfeberechtigte Person aus der Pflegepflichtversicherung erhalten würde.

II. Nachweis der Vorleistung

Der Versicherungsnehmer muss die Höhe der Vorleistung durch die Pflegepflichtversicherung und die Beihilfe nachweisen. Die Belege müssen in Urschrift vorgelegt werden, spezifiziert sein und insbesondere den Vor- und Zunamen der gepflegten Person enthalten.

