

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Gesamt-Inhaltsverzeichnis

Seite

Allgemeine Informationen

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)	5
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a VAG	7
Zusätzliche Informationen nach § 3 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) für unsere vollversicherten Kunden	8

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)

Teile I und II

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2009)	10
---	----

Teil III Tarife

Krankheitskostenversicherungen für Nicht-Beihilfeberechtigte

Tarife AGIL classic (EP0 bis EP3) - Primärarzttarife mit Basisleistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Dreibettzimmer ohne privatärztliche Behandlung	28
Tarife AGIL comfort (MP0 bis MP3) - Primärarzttarife mit Leistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung	35
Tarife AGIL premium (TN0 bis TN3) - Krankheitskostenversicherung für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung	42
Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler in den Tarifen AGIL classic, AGIL comfort, AGIL premium	47

Krankheitskosten-Zusatzversicherungen und Krankenhaustagegeldversicherung

Tarif SG 1 - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer	48
Tarif SG 2 - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer	50
Tarif 10 - Krankenhaustagegeld	52
Tarif EG 3 - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse	53
Tarif EG 4 - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse	56
Tarif AG - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse	59
Tarife ZE 30, ZE 40, ZE 50 - Ergänzungstarife für Zahnersatz für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse	60
Tarif Blick + Check premium (BC1) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen	61
Tarif Blick + Check comfort (BC2) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen	62
Tarif Blick + Check classic (BC3) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen	63
Tarif Klinik premium (K1) - Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer	64
Tarif Klinik comfort (K2) - Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer	67
Tarif Klinik classic (K3) - Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer infolge von Unfällen	70
Tarif Zahn premium (Z1) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie	74
Tarif Zahn comfort (Z2) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie	76
Tarif Zahn classic (Z3) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz	78
Tarif Premium plus (P1) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge	80

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Tarif Comfort plus (P2) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge	83
Tarif Classic plus (P3) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge	85
Tarif NaturMedizin (N1) - Zusatzversicherung für ambulante Behandlung mittels Naturheilverfahren	87
Tarif Mitglieder premium (M1) - Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen	88
Tarif Mitglieder comfort (M2) - Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen	91
Tarif Mitglieder classic (M3) - Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen	94
Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter	
WBET, BET - Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter	97

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Tarife ZV und ZK (AVB/ZV, ZK)

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Tarife ZV und ZK für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (AVB/ZV, ZK)	99
---	----

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2009)

Teile I und II

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2009) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2009)	108
---	-----

Teil III Tarife

Tarife TA-Krankentagegeld	122
---------------------------	-----

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pfl egetagegeldversicherung (AVB/PK)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pfl egetagegeldversicherung (AVB/PK)	124
--	-----

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pfl egezusatzversicherung (AVB/PZV)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pfl egezusatzversicherung (AVB/PZV) (Teil I Tarifbedingungen)	132
Tarif PT - Pfl egetagegeld bei Pfl egebedürftigkeit der Stufen I bis III	142

Anwartschaftsversicherungen und Optionstarif für Kranken- und Pfl egezusatzversicherungen

AWG - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die große Anwartschaftsversicherung	143
AWKL - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung	145
Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Optionstarif OT (AVB/OT)	147

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pfl egepflichtversicherung - Bedingungsteil (MB/PPV 2009)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pfl egepflichtversicherung - Bedingungsteil - (MB/PPV 2010)	150
Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26 a Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang)	165

Tarif PP

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Leistungen der Versicherer

Tarif PP mit Tarifestufen PPN und PPB	167
Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung	171
Informationen Private Pflegeberatung	174
Private Pflegepflichtversicherung/Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten	175
Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung	176

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach Tarifen, die mit der Bezeichnung K enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/K)

Teil I Tarifbedingungen

AVB für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/K) (Teil I Tarifbedingungen)	178
---	-----

Teil II Tarife

Tarif SG 1K - Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	188
Tarif EG 4K - Zusatzversicherung ohne Alterungsrückstellung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	190
Tarife ZE 30K, ZE 40K, ZE 50K - Ergänzungstarife ohne Alterungsrückstellung für Zahnersatz innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	193
Tarif AGK - Zusatzversicherung ohne Alterungsrückstellung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	194
Tarif AKK - Zusatzversicherung ohne Alterungsrückstellung für ambulante ärztliche Behandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	195

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach Tarifen, die mit der Bezeichnung K enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTK)

Teil I Tarifbedingungen

AVB für die Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTK) (Teil I Tarifbedingungen)	196
--	-----

Teil II Tarife

Tarif TA 6K Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung	205
--	-----

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R)

Teil I Tarifbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R) (Teil I Tarifbedingungen)	206
--	-----

Teil II Tarife

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Tarif SG 1R - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	216
Tarif SG 2R - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	218
Tarif EG 3R - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	220
Tarife ZE 30R, ZE 40R - Ergänzungstarife für Zahnersatz für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	223
Tarif AGR - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	224
Tarif AG 1R - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen	225

Anhang: Gesetzesauszüge

Gesetzesauszüge zum Versicherungsvertragsgesetz, Versicherungsaufsichtsgesetz, Sozialgesetzbuch, Bundesversorgungsgesetz, Lebenspartnerschaftsgesetz, Pflege-Versicherungsgesetz	226
--	-----

Merkblatt zum Datenschutz

Merkblatt zur Datenverarbeitung	254
---------------------------------	-----

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Versicherungsträger

R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Generaldirektor Dr. Friedrich Caspers
Vorstand: Frank-Henning Florian, Vorsitzender; Jörg Bork, Tillmann Lukosch.
Handelsregister Nr. HRB 7094, Amtsgericht Wiesbaden, USt-IdNr. DE 114106943

Hauptgeschäftstätigkeit

Die R+V Krankenversicherung AG betreibt die private Krankenversicherung einschließlich der Pflegepflichtversicherung sowie die Vermittlung von Versicherungen.

Sicherungsfonds

Die R+V Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln an, der gemäß §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz zum Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Wesentliche Merkmale der Versicherung

Die für das von Ihnen beantragte Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Antrag und diesem Bedingungsheft. Wesentliche Merkmale der von Ihnen beantragten Versicherungen - wie z. B. Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen - ergeben sich aus den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Beitrag

Die Höhe des Beitrags und die Zahlungsweise entnehmen Sie bitte dem Anschreiben zum Versicherungsschein und dem Versicherungsschein.

Zahlung und Erfüllung

Die Bestimmungen zur Zahlung und Erfüllung des Beitrags finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Zusätzlich anfallende Kosten

Informationen zu den während der Vertragslaufzeit möglicherweise anfallenden Kosten entnehmen Sie bitte den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen. Die Höhe der Kosten, die für die Nutzung der von uns zur Kommunikation zur Verfügung gestellten Servicenummern entstehen, finden Sie im direkten Anschluss an die jeweilige Telefon- oder Faxnummer.

Zustandekommen des Vertrags

Vor Abgabe Ihres Antrags erhalten Sie mit diesen Verbraucherinformationen die Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls sonstige vertragsrelevante Informationen. Die Aufnahme Ihres Antrags stellt Ihr Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages dar. Mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmestätigung der R+V Krankenversicherung AG ist der Versicherungsvertrag geschlossen, sofern Sie nicht Ihr Widerrufsrecht ausüben.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch frühestens mit Abschluss des Vertrages und nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten. In der privaten Pflegepflichtversicherung ist der Beginn des Versicherungsschutzes zudem von der rechtzeitigen Zahlung des ersten Beitrags abhängig. Näheres können Sie auch § 2 der für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen entnehmen.

Widerrufsbelehrung nach § 8 VVG

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform, z. B. Brief, Fax, E-Mail, widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform, erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden, Telefax 0611 533-6190, E-Mail: gesundheit@ruv.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen, z. B. Zinsen, herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit des Vertrags

Angaben zur Laufzeit und eine etwaige Mindestvertragsdauer finden Sie im Antrag sowie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Kündigungsrecht

Die Bestimmungen zum Kündigungsrecht entnehmen Sie bitte jeweils den §§ 13 und 14 der für Sie geltenden Versicherungsbedingungen bzw. Nrn. 7 und 8 des Tarifs OT.

Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Das im Falle eines Rechtsstreits zuständige Gericht finden Sie in den für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen in der Regelung zum Gerichtsstand.

Sprache

Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt, die Kommunikation während der Laufzeit wird in deutscher Sprache geführt.

Beschwerdestellen und Aufsichtsbehörde

Bei Beschwerden können Sie das außergerichtliche Schlichtungsverfahren bei dem PKV-Ombudsmann in Anspruch nehmen. Die Anschrift lautet: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Nähere Informationen zum Verfahren finden Sie auf der Homepage des PKV-Ombudsmann: www.pkv-ombudsmann.de.

Sie gehen mit der Einlegung einer Beschwerde beim PKV-Ombudsmann keinerlei Verpflichtungen ein. Die Empfehlung des Ombudsmanns bindet Sie in keiner Weise. Sie sind zudem nicht gehindert, Ihre Forderung im Klagewege zu verfolgen.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn wenden.

Auch eine an die Aufsichtsbehörde gerichtete Beschwerde hindert Sie nicht, Ihre Forderung gerichtlich geltend zu machen.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellungen kann an den neuen Versicherer übertragen werden.⁽¹⁾ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifs auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versicherungskollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

⁽¹⁾ Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich gegebenenfalls gesondert über diese Regelungen.

Zusätzliche Informationen nach § 3 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) für unsere vollversicherten Kunden

Mit einem privaten Krankenversicherungsvertrag genießen Sie in der Regel lebenslang die Vorteile eines Privatpatienten. Für Vollversicherte ist die Rückkehr in eine gesetzliche Krankenkasse nur unter engen gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen möglich, ab dem 55. Lebensjahr nahezu ausgeschlossen.

Ein wesentliches Merkmal der Vollversicherungstarife ist, dass Rückstellungen für das mit dem Alter wachsende Krankheitsrisiko gebildet werden. Das bedeutet:

Der zu zahlende Beitrag übersteigt zu Beginn des Versicherungsverhältnisses den Betrag, der notwendig wäre, um das tatsächliche Krankheitsrisiko zu finanzieren. Der verbleibende Beitragsteil wird in der sogenannten Alterungsrückstellung angespart. Die so angesammelten Mittel werden dazu verwendet, die alleine wegen des Alterwerdens höheren Krankheitskosten aufzufangen. Die in den Beitrag einkalkulierten Kosten und Angaben zu möglichen sonstigen Kosten entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

Wir alle wissen, dass die Kosten im Gesundheitswesen Jahr für Jahr steigen. Die übliche Preissteigerungsrate wirkt hier zusammen mit dem medizinisch-technischen Fortschritt und immer ausgefeilteren Behandlungsmethoden. Die anhaltenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen stellen die gesetzliche wie die private Krankenversicherung vor eine große Herausforderung. Die Entwicklung in der Medizin, steigende Lebenserwartungen, verbesserte Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie usw. werden wohl auch in Zukunft zu höheren Heilbehandlungskosten führen als derzeit abzusehen sind. Die Kalkulation kann jeweils nur auf die aktuelle Leistungsanspruchnahme und auf eine kurzfristige Prognose abgestellt werden.

Da das Ausmaß der erhöhten Leistungsanspruchnahme nicht voraussehbar ist, sind für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den eingerechneten jährlich zu vergleichen. Ergibt sich eine Abweichung, die höher ist als der tariflich festgelegte Prozentsatz, müssen die Beiträge überprüft werden. Ist die Abweichung nicht als nur vorübergehend anzusehen, sind die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzupassen. Dabei bleiben die erworbenen Rechte des Versicherten selbstverständlich erhalten. Der aufgrund der Beitragsanpassung zu zahlende Mehrbeitrag wird unter Berücksichtigung des jeweils erreichten Alters festgesetzt. Die rechtlichen Grundlagen für eine Beitragsanpassung ergeben sich aus § 203 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit § 8 b der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Wir tun jedoch alles dafür, die Auswirkungen der steigenden Behandlungskosten für Sie - gerade auch im Alter - in Grenzen zu halten.

Beispielsweise verwenden wir Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung, insbesondere als Einmalbeitrag für Beitragsenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Alle gesetzlichen Vorgaben, die der Stabilisierung bzw. Senkung der Beiträge im Alter dienen, werden selbstverständlich erfüllt.

Sie können mit uns in der Krankheitskostenversicherung die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (WBET bzw. BET) vereinbaren. Damit sparen Sie in jungen Jahren zusätzliche Beträge an, die ab Alter 65 die monatlichen Beitragsraten um den vereinbarten Betrag entlasten.

In unserem bedarfsgerechten Tarifangebot haben Sie jederzeit das Recht, durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Leistungsspektrum, z. B. in solche mit höherem Selbstbehalt, oder bei Verzicht auf nicht mehr benötigte Leistungsteile zum Teil erhebliche Beitragseinsparungen zu erzielen.

Sie können selbstverständlich auch einen höheren Versicherungsschutz vereinbaren. Die aus dem bisherigen Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden dann angerechnet. Wenn der Tarif nichts anderes vorsieht, sind wir jedoch berechtigt, für die höheren oder umfassenderen Leistungen des neuen Tarifs einen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren. Insoweit können wir auch Wartezeiten vereinbaren. Anstelle eines Risikozuschlags und einer Wartezeit kann der Versicherungsnehmer für die Mehrleistung auch einen Leistungsausschluss wählen.

Mit vorstehenden Maßnahmen werden grundsätzlich die Beiträge auch im Alter erträglich gestaltet. Sofern Sie bereits vor dem 01.01.2009 bei uns vollversichert waren, können Sie in den verbandseinheitlichen Standardtarif mit einem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Leistungsniveau und mit Höchstbeitragsgarantie wechseln. Für die Aufnahme im Standardtarif sind jedoch bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Üblicherweise gilt eine Mindest-Vorversicherungszeit in einer privaten Vollversicherung von 10 Jahren. Zusätzlich muss man mindestens 65 Jahre alt sein, oder mindestens 55 Jahre alt und ein geringes Gesamteinkommen haben bzw. mindestens 55 Jahre sein und z. B. eine gesetzliche Rente beziehen. Alternativ kommt unter Umständen auch ein Wechsel in den Basistarif in Betracht.

Haben Sie Ihren Vollversicherungsvertrag nach dem 01.01.2009 geschlossen, ist der Wechsel in den verbandseinheitlichen Basistarif möglich. Dieser beinhaltet Leistungen entsprechend denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie eine Höchstbeitragsgarantie. Im Basistarif können Sie unter verschiedenen Selbstbehaltstufen wählen; außerdem vermindert sich der Beitrag für den Basistarif auf die Hälfte, solange bei Ihnen allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch besteht und dies vom zuständigen Träger bescheinigt wird. Sofern Sie trotz der Reduzierung des Beitrages auf die Hälfte hilfebedürftig sind, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Ihren Antrag hin an dem Beitrag, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, vermindert sich der Beitrag für den Basistarif auf die Hälfte und der zuständige Träger beteiligt sich an dem verminderten Beitrag mit dem Betrag, den er auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung tragen müsste.

Auch für die Aufnahme in den Basistarif sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Gerne prüfen wir für Ihre individuelle Situation, ob ein Wechselrecht in Frage kommt.

Sofern Sie bereits vor dem 01.01.2009 bei uns vollversichert waren, verlieren Sie bei einem Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer alle bei uns erworbenen Rechte, es sei denn, Sie kündigen Ihr Vertragsverhältnis mit uns im ersten Halbjahr 2009, um in den Basistarif eines anderen Unternehmens zu wechseln. In diesem Fall können Sie zwar einen Teil der gebildeten Alterungsrückstellung mitnehmen, da die Beiträge des Basistarifs in vielen Fällen jedoch höher sein werden als die Ihres bisherigen Versicherungsschutzes und der Basistarif auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt ist, ist ein solcher Weg in der Regel nicht empfehlenswert.

Wenn Sie nach dem 01.01.2009 Ihren Vollversicherungsvertrag mit uns geschlossen haben, ist es zwar möglich, unter Mitnahme eines Teils Ihrer Alterungsrückstellung zu einem anderen privaten Krankenversicherer zu wechseln, da die Beiträge für Neukunden mit zunehmendem Eintrittsalter höher sind, kann ein solcher Wechsel dennoch, gerade im fortgeschrittenen Alter, mit erheblich höheren Beiträgen verbunden sein. Darüber hinaus ist eine neue Gesundheitsprüfung notwendig. Ergebnis einer solchen Gesundheitsprüfung kann sein, dass ein Risikozuschlag erhoben wird oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden muss bzw. dass nur die Aufnahme in den Basistarif des anderen Unternehmens möglich ist.

Zusätzlich zu diesen Gegebenheiten können Sie und wir partnerschaftlich die künftige Beitragsentwicklung positiv beeinflussen:

Wir tragen die Verantwortung für mehr Produktivität, Kosteneinsparung und eine risikobewusste Zeichnungspolitik. Sie bestimmen durch Ihre verantwortungsbewusste Inanspruchnahme von Leistungen die Höhe Ihres Krankenversicherungsbeitrages wesentlich mit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2009)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 3 Wartezeiten	4
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	5
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	8
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	10
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	10
Pflichten des Versicherungsnehmers	11
§ 8 Beitragszahlung	11
§ 8 a Beitragsberechnung	12
§ 8 b Beitragsanpassung	13
§ 9 Obliegenheiten	14
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	14
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	15
§ 12 Aufrechnung	15
Ende der Versicherung	15
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	15
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	16
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	17
Sonstige Bestimmungen	17
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	17
§ 17 Gerichtsstand	17
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	18
§ 19 Wechsel in den Standardtarif	18
§ 20 Wechsel in den Basistarif	18

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2009)

gültig ab 01.01.2009

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 15 Absatz 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.

- (6) 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 Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 1 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009:

Kinderwunsch

Als Versicherungsfall gilt auch die medizinisch notwendige Behandlung zur Erfüllung eines Kinderwunsches.

Der Tarif kann vorsehen, dass hierfür keine Leistungen erbracht werden.

2. Zu § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2009:

Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

Sofern der Tarif keine anderen Bestimmungen enthält, gelten die folgenden Regelungen:

- a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
- b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten 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 erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) 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 Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 2 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2009:

Vertragsdauer

Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

2. Zu § 2 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2009:

Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

3. Zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009:
Tarife für Neugeborene
Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.
4. Zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009:
Versicherungsbeginn von Neugeborenen
Abweichend von § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009 erfolgt die Versicherung des Neugeborenen bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen zum Tag der Geburt. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate berechnet sich - gegebenenfalls rätierlich - ab diesem Tag.
5. Zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009:
Mitversicherung Neugeborener
Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen gemäß § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009 erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 3 Absatz 2 b Teil I AVB/KK 2009:
Verzicht auf besondere Wartezeiten für den Ehegatten
Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.
2. Zu § 3 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009:
Verzicht auf besondere Wartezeiten bei Unfällen
Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.
3. Zu § 3 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2009:
Erlas der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung
Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können - mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen - erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.
Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

4. Zu § 3 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2009:

Anrechnung der Vorversicherung

§ 3 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2009 gilt in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechend auch für Personen, die aus einer privaten Krankenzusatzversicherung ausscheiden. Die nachgewiesene zurückgelegte Versicherungsdauer wird in der Krankenhaustagegeldversicherung auf sämtliche Wartezeiten, in der Krankheitskostenzusatzversicherung mit Ausnahme der Wartezeiten für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 4 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2009:

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

- a) Der Versicherer wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) Beträge mindestens in der vom Gesetzgeber geforderten Höhe zuführen.
- b) Über die Verwendung der Mittel aus der RfB entscheidet der Vorstand mit Zustimmung des Treuhänders. Die Mittel können zur Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen (Beitragsanpassung) dienen.
- c) Verbleibende Beträge können auch zur Beitragsrückerstattung an die Versicherten verwendet werden. Die Höhe einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift und die berechtigten Tarife werden jeweils vom Vorstand festgelegt. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entsteht mit dem Ablauf eines Kalenderjahres, wenn die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr nach den festgelegten Tarifen versichert war und hieraus keine Versicherungsleistungen erbracht wurden, es sei denn, der Vorstand legt für das Kalenderjahr, für das die Beitragsrückerstattung ausbezahlt wird, fest, dass eine teilweise Leistungsfreiheit ausreicht. In diesem Fall wird der Versicherungsnehmer entsprechend informiert.

Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entfällt jedoch, wenn

- für die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr weniger als 12 monatliche Beitragsraten in den festgelegten Tarifen fällig waren,
- im abgelaufenen Kalenderjahr eine Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung bestand,
- die fälligen Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr zum Zeitpunkt der Auszahlung bzw. Gutschrift der Beitragsrückerstattung nicht vollständig - gegebenenfalls inklusive Mahnkosten - gezahlt waren,
- die Versicherung dieser Person in den festgelegten Tarifen oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhensvereinbarung am 01. Juli des Folgejahres nicht mehr besteht, es sei denn, diese Versicherung endete durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung.

Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann auch davon abhängig gemacht werden, dass die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinanderfolgende Kalenderjahre erfüllt sind. Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 01. Juli des Folgejahres vorgenommen.

- d) Die der RfB zugewiesenen Beträge werden ausschließlich für die Überschussbeteiligung der Versicherten verwendet. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die RfB, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.
2. Zu § 4 Absatz 1 - 3 Teil I AVB/KK 2009:

Tarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

Soweit der Tarif keine anderen Bestimmungen enthält, gelten die nachfolgenden Regelungen zu a) bis f):

a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen

Sie umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt - sofern Heilpraktikerleistungen versichert sind - für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH); vergleiche § 5 Nr. 1 Teil II. Hämodialyse, auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.

b) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle) sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel.

c) Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen)

Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlungen, logopädische Behandlungen einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik (ohne Geburtsvorbereitungskurse), Krankengymnastik und Übungsbehandlungen. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.

Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heil(hilfs)berufe (z. B. Masseurinnen) erbracht werden.

d) Hilfsmittel

Als kleine Hilfsmittel gelten Sehhilfen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe, Gehhilfen. Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Krankenfahrstühle. Leistungen für das jeweilige Hilfsmittel werden im Kalenderjahr höchstens einmal gewährt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel (z. B. Perücken, Haarteile), für medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (z. B. Massagegeräte, Heizkissen) sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln (Ersatzbatterien, Ladegeräte u. a.).

- e) Vorsorgeuntersuchungen
In Erweiterung von § 1 Absatz 2 b Teil I AVB/KK 2009 erstreckt sich der Versicherungsschutz auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.
- f) Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport des Versicherten vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.
3. Zu § 4 Absatz 1 - 3 Teil I AVB/KK 2009:
Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen
- für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektionen;
 - für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.
4. Zu § 4 Absatz 4 und 5 Teil I AVB/KK 2009:
Tarife für stationäre Heilbehandlung
Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht. Sofern der Tarif nichts anderes regelt, sind dies:
- Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.
 - Wahlleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.
 - Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr
Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt. Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt.
 - Teilstationäre Behandlung
Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt. Entsprechendes gilt bei einer Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei einer ganztägigen Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld fällig.
5. Zu § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2009:
Gemischte Anstalten
Abweichend von § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2009 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
 - die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
 - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
6. Zu § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2009:
Anschlussheilbehandlung
Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2009 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.
Der Tarif kann abweichende Regelungen vorsehen.

7. Zu § 4 Absatz 1 - 6 Teil I AVB/KK 2009:

Psychotherapie

Die Aufwendungen einer Psychotherapie sind - sofern sie versichert sind - auch dann erstattungsfähig, wenn sie von einem staatlich geprüften, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16.06.1998 durchgeführt und nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liquidiert wird.

Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

8. Zu § 4 Absatz 1 - 5 Teil I AVB/KK 2009:

Betragsmäßige Festlegungen

- a) Sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält, gilt Folgendes:

Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre und für Versicherungsbeginne im I. Quartal.

Beginnt die Versicherung während des II. Quartals, ermäßigt sich für dieses Kalenderjahr der Betrag um ein Viertel, bei Beginn im III. Quartal um die Hälfte, bei Beginn im IV. Quartal um drei Viertel. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses mindert sich der Betrag nicht.

- b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder sonstige tarifliche Leistungen erbracht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) ---
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 5 Teil I AVB/KK 2009:

Gebührenordnung

Soweit der Tarif zu den nachfolgenden Regelungen keine anderen Bestimmungen enthält, gilt Folgendes:

Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Für das jeweils gültige Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) gilt Entsprechendes, sofern die Mindestbeträge überschritten sind.

2. Zu § 5 Absatz 1 d Teil I AVB/KK 2009:

Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Soweit der Tarif keine anderen Bestimmungen enthält, gelten die nachfolgenden Regelungen zu a) bis c):

- a) Der Versicherer leistet für Kosten einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wenn ihm vor Kurantritt die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes nachgewiesen wird und sofern es der Tarif für stationäre Heilbehandlung vorsieht.
- b) Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung (nicht aber für die Unterbringung und Verpflegung) einer Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung.
- c) Die Erstattung wird erstmals für Behandlungen gewährt, die nach zweijähriger Versicherungsdauer stattfinden, weitere Erstattungen für Behandlungen, die nach Ablauf von jeweils zwei Jahren erfolgen.

3. Zu § 5 Absatz 1 e Teil I AVB/KK 2009:

Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Die Einschränkung nach § 5 Absatz 1 e Teil I AVB/KK 2009 entfällt insgesamt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**Teil I Musterbedingungen 2009**

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) 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.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 6 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2009:

Leistungsunterlagen

Als Nachweis sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum.

Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.

2. Zu § 6 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2009:

Umrechnungskurs

Für die Umrechnung in Euro gilt als Kurs des Tages der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

3. Zu § 6 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2009:

Überweisungskosten

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

4. Zu § 6 Absatz 6 Teil I AVB/KK 2009:

Krankenhaus-Ausweis

Ist ein Krankenhaus-Ausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**Teil I Musterbedingungen 2009**

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

Teil II Tarifbedingungen 2009

Keine Tarifbedingungen

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (5) 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.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 EUR je Mahnung, zu entrichten.
Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.

- (7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer 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 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 8 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2009:

Beitragsrate

- a) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.
- b) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.
- c) Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen sind in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mitversichert (vergleiche aber § 5 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).
2. Zu § 8 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2009:

Fälligkeit des Erstbeitrages

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

3. Zu § 8 Absatz 7 Teil I AVB/KK 2009:

Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

§ 8 a Beitragsberechnung**Teil I Musterbedingungen 2009**

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) 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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) 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.

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009:
Beitragsberechnung
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
2. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009:
Anrechnung der Alterungsrückstellung
Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.
3. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009:
Beitragsermäßigung im Alter
Zur Finanzierung von Beitragsermäßigungen oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der technischen Berechnungsgrundlagen jährlich zugeschrieben und ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten entsprechend verwendet.
4. Zu § 8 a Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009:
Beitragszuschläge
§ 8 a Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009 gilt entsprechend für vereinbarte Beitragszuschläge.

§ 8 b Beitragsanpassung**Teil I Musterbedingungen 2009**

- (1) 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 jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 8 b Teil I AVB/KK 2009:

Betragsmäßig festgelegte Leistungen

Im Zuge einer Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen in einem Tarif mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

2. Zu § 8 b Teil I AVB/KK 2009:

Leistungsausschluss gegen Beitragsnachlass

Ist in einem Tarif die Möglichkeit vorgesehen, einzelne Versicherungsleistungen vom Versicherungsschutz gegen einen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Beitragsnachlass auszuschließen, gilt für den Beitragsnachlass § 8 b Absatz 1 Satz 4 Teil I AVB/KK 2009 entsprechend.

3. Zu § 8 b Teil I AVB/KK 2009:

Beitragszuschläge

§ 8 b Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009 gelten entsprechend für vereinbarte Beitragszuschläge.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II Tarifbedingungen 2009

Zu § 9 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2009:

Verzicht auf Anzeige der Krankenhausbehandlung

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

Teil II Tarifbedingungen 2009

Keine Tarifbedingungen

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

Teil II Tarifbedingungen 2009

Keine Tarifbedingungen

§ 12 Aufrechnung

Teil I Musterbedingungen 2009

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.

Teil II Tarifbedingungen 2009

Keine Tarifbedingungen

Ende der Versicherung**§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

- (4) 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 Altersgruppe 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.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmittelung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) 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 zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absatz 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Absatz 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) 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.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Teil II **Tarifbedingungen 2009**

1. Zu § 13 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2009:

Versicherungsjahr und Vertragsdauer

Vergleiche § 2 Nrn. 1 und 2 Teil II.

2. Zu § 13 Absatz 8 Teil I AVB/KK 2009:

Übertragungswert

Wurde der Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 geschlossen und erfolgte für eine versicherte Person ein Wechsel in einen Tarif, in dem ein Übertragungswert gebildet wird, gilt im Falle einer Kündigung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages bei einem anderen Versicherer § 13 Absatz 8 Satz 1 Teil I AVB/KK 2009 entsprechend.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I **Musterbedingungen 2009**

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II Tarifbedingungen 2009

Zu § 14 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009:

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auch auf das ihm nach § 14 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) 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.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II Tarifbedingungen 2009

- 1. Zu § 15 Teil I AVB/KK 2009:

Ehescheidungen, Getrenntleben

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

- 2. Zu § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009:

Tätigkeitsgebiet des Versicherers

Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2009

Keine Tarifbedingungen

§ 17 Gerichtsstand

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Teil II Tarifbedingungen 2009
Keine Tarifbedingungen

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2009
Keine Tarifbedingungen

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absatz 2 a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Absatz 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

Teil II Tarifbedingungen 2009
Keine Tarifbedingungen

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I Musterbedingungen 2009

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Teil II Tarifbedingungen 2009
Keine Tarifbedingungen

Tarife AGIL classic (EP0 bis EP3) - Primärarzttarife mit Basisleistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Dreibettzimmer ohne privatärztliche Behandlung

gültig ab 01.01.2009

Die Tarife EP0 bis EP3 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Selbstbehalt

2.1 Höhe des Selbstbehaltes

Von den tariflichen Leistungen wird zusätzlich der vereinbarte Selbstbehalt abgezogen. Dieser beträgt je versicherte Person und je Kalenderjahr im Tarif

EP0	0 EUR
EP1	480 EUR
EP2	960 EUR
EP3	1.920 EUR.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des jeweiligen Selbstbehaltes.

Für Vorsorgemaßnahmen nach Nr. 3.4.3 sowie für professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxemaßnahmen nach Nr. 3.5.1 gilt kein Selbstbehalt.

Die unter Nr. 3 vorgesehenen Erstattungsprozentsätze und betragsmäßigen Leistungsgrenzen gelten unabhängig vom Erreichen des jährlichen Selbstbehaltes.

2.2 Selbstbehalt bei unterjährigem Versicherungsbeginn/-ende

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 bis 4 Teil II AVB/KK 2009 reduziert sich der kalenderjährliche Selbstbehalt je versicherte Person bei einem unterjährigem Beginn der Versicherung für jeden Monat des Kalenderjahres, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um 1/12.

Bei unterjähriger Beendigung des Versicherungsverhältnisses vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

2.3 Änderung des Selbstbehaltes

Bei Wechsel in einen Tarif mit einem anderen Selbstbehalt gilt Nr. 2.2 entsprechend. Der im Kalenderjahr der Änderung insgesamt für die versicherte Person zu tragende Selbstbehalt ist auf den höchsten Betrag begrenzt, der sich aus dem Vergleich der vereinbarten Selbstbehalte dieser Tarife ergibt.

2.4 Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller in einem Tarif EP vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung ist je versicherte Person und je Kalenderjahr so begrenzt, dass jeder Tarif EP die Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) erfüllt.

3. Versicherungsleistungen

- 3.1 Heilbehandler**
Im Rahmen dieser Tarife sind ausschließlich die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Hebammen sowie Entbindungshelfern erstattungsfähig, ferner die Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte in Krankenhausambulanzen und in auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentren. Erfolgt die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, müssen die genannten Behandler am jeweiligen Aufenthaltsort zugelassen sein.
- 3.2 Heilbehandlerliquidationen**
Abweichend von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 gilt:
- 3.2.1 Behandlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland**
Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation eines Arztes oder Zahnarztes, die über den Regelhöchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) hinausgehen. Dies ist der 2,3-fache Satz bzw. für Leistungen nach den GOÄ-Abschnitten A, E und O der 1,8-fache Satz und für solche nach GOÄ-Abschnitt M und GOÄ-Nummer 437 der 1,15-fache Satz. Entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Aufwendungen für Hebammen/Entbindungspfleger sind erstattungsfähig nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger.
- 3.2.2 Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland**
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des jeweiligen Aufenthaltsortes entsprechen.
- 3.3 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen**
Ergänzend zu § 1 AVB/KK 2009 sind alle Untersuchungen und Behandlungen (einschließlich Arzneien) zur Herbeiführung einer Schwangerschaft wegen Unfruchtbarkeit (unerfüllter Kinderwunsch) nicht erstattungsfähig.
Ergänzend zu § 4 AVB/KK 2009 sind Aufwendungen für Heilpraktiker und von ihnen verordnete Arznei-/Heil-/Hilfsmittel nicht erstattungsfähig.
Weiterhin sind ambulante Psychotherapie und Kur-/Sanatoriumsleistungen nicht erstattungsfähig.
- 3.4 Ambulante Heilbehandlung, ausgenommen zahnärztliche Behandlung**
- 3.4.1 Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bei Inanspruchnahme eines Primärarztes oder eines Facharztes, wenn die versicherte Person von einem Primärarzt zur Mit-/Weiterbehandlung an diesen überwiesen wurde, ersetzt
- zu 100 %.
- 1 Primärärzte**
Als Primärärzte gelten ausschließlich
- praktische Ärzte,
 - Fachärzte für Allgemeinmedizin,
 - Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde,
 - Not- oder Bereitschaftsärzte.
- Hebammen/Entbindungspfleger sind Primärärzten gleichgestellt.
- 2 Überweisungen durch Primärärzte**
Die Überweisung ist zusammen mit der Facharztrechnung einzureichen und muss das Überweisungsdatum, die Diagnose und die aufzusuchende Fachrichtung enthalten. Sie gilt bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens für 6 Monate ab dem Überweisungsdatum. Für die über diesen Zeitraum hinaus notwendige Facharztbehandlung ist eine erneute Überweisung des Primärarztes vorzulegen.
Wird ein weiterer Arzt derselben Fachrichtung in Anspruch genommen, ist vor dem Arztwechsel eine erneute Überweisung durch den Primärarzt einzuholen und zusammen mit der Rechnung dieses neuen Facharztes vorzulegen. Hinsichtlich dieser Überweisung gilt im Übrigen der vorherige Absatz entsprechend.
- 3 Facharzt ohne Überweisung**
Bei Inanspruchnahme eines Facharztes ohne Überweisung durch einen Primärarzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ersetzt
- zu 60 %.

3.4.2 Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt

- zu 60 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.4.3 Vorsorgemaßnahmen

1 Vorsorgeuntersuchungen

Abweichend von § 4 Nr. 2 e) Teil II AVB/KK 2009 sind nur Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) erstattungsfähig innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 60 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

2 Schutzimpfungen

Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) nach dem neuesten Stand empfohlen werden, sind erstattungsfähig innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 60 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.4.4 Arzneimittel und Verbandmaterial

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für in der Bundesrepublik Deutschland verschreibungspflichtige Arzneimittel und ärztlich verordnetes Verbandmaterial werden bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR innerhalb eines Kalenderjahres ersetzt

- zu 60 %,

darüber hinaus

- zu 100 %.

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 b) Satz 2 Teil II AVB/KK 2009 sind auch Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung erstattungsfähig.

3.4.5 Heilmittel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel nach § 4 Nr. 2 c) Teil II AVB/KK 2009 werden, sofern sie von Ärzten oder Physiotherapeuten bzw. Masseuren und medizinischen Bademeistern durchgeführt werden, ersetzt

- zu 60 %.

Nicht erstattungsfähig sind logopädische und ergotherapeutische Behandlungen.

3.4.6 Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen

sind, abweichend von § 4 Nr. 2 d) Sätze 1 und 4 Teil II AVB/KK 2009, unabhängig von der Anzahl erstattungsfähig

- zu 100 %,

maximal 150 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

Abweichend von § 4 Nr. 2 d) Sätze 1 bis 4 Teil II AVB/KK 2009 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung und Reparatur medizinisch notwendiger Hilfsmittel und Körperersatzstücke, Behandlungs- und Kontrollgeräte ersetzt

- zu 60 %.

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Blindenhunde inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verbrauchs- und Gebrauchsmaterialien sowie für die Pflege von Hilfsmitteln, z. B. Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte und bei Blindenhunden z. B. tierärztliche Behandlung, Futterkosten und nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör. Ferner sind nicht erstattungsfähig sanitäre Bedarfsartikel und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Massagegeräte, Heizkissen, Fieberthermometer).

3.5 Zahnärztliche Heilbehandlung

Unter Berücksichtigung der Zahnstaffel nach Nr. 3.5.4 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt für

3.5.1 Zahnbehandlung

inklusive professioneller Zahnreinigung und sonstiger Maßnahmen für Zahnprophylaxe nach dem Abschnitt der deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte, der prophylaktische Leistungen regelt, innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 60 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.5.2 Zahnersatzmaßnahmen

- zu 60 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der Zahnersatzmaßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stifzähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich implantologischer Leistungen, Inlays, Onlays, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Gnathologie.

3.5.3 Kieferorthopädische Maßnahmen

bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person

- zu 60 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der kieferorthopädischen Maßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Die Altersgrenze entfällt für kieferorthopädische Maßnahmen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

3.5.4 Zahnstaffel

Der Erstattungsbetrag für Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen beträgt insgesamt je Person

im 1. Versicherungsjahr: maximal 500 EUR

im 2. Versicherungsjahr: maximal 1.000 EUR

im 3. Versicherungsjahr: maximal 1.500 EUR

im 4. Versicherungsjahr: maximal 2.000 EUR

im 5. Versicherungsjahr: maximal 2.500 EUR

im 6. Versicherungsjahr: maximal 3.000 EUR

ab 7. Versicherungsjahr: ohne Begrenzung.

Die Begrenzung entfällt jeweils für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

3.6 Stationäre Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie)

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt

3.6.1 innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 100 %

für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils gültigen Fassung berechnet werden, zusätzlich Kosten der Belegärzte, Hebammen und Entbindungspfleger,

3.6.2 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 60 %

für Aufwendungen der niedrigsten Preisklasse für Krankenhausleistungen inklusive ärztliche Leistungen, in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.6.3 Anschlussheilbehandlung

In Erweiterung zu § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2009 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt in der gemischten Anstalt bis zu vier Wochen dauern.

3.6.4 Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 AVB/KK 2009 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

3.7 Transportkosten

3.7.1 Transportkosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung

Neben den Transportkosten nach § 4 Nr. 4 a) Teil II AVB/KK 2009 bei stationären Heilbehandlungen sind abweichend von § 4 Nr. 2 f) Teil II AVB/KK 2009 Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles oder eines medizinischen Notfalles jeweils zur Erstversorgung erstattungsfähig innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 60 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

Nicht erstattungsfähig sind alle anderen Transporte sowie regelmäßige Transporte zur ambulanten Heilbehandlung.

3.7.2 Kosten für Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entstandenen Kosten, wenn ausreichende ärztliche Versorgung im Reiseland nicht sichergestellt ist und der Rücktransport von einem im Ausland zugelassenen Arzt angeordnet wurde

- zu 100 %,

bei Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthaltsort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bis zu 12.000 EUR.

4. Wechseloptionen

In Erweiterung des Tarifwechselrechtes nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten auch den Wechsel in einen Tarif mit Mehrleistungen verlangen.

4.1 Zeitlich festgelegte Wechseloptionen

4.1.1 Beginn und Ende der Wechseloptionen

Die für eine Wechseloption zu erfüllende Versicherungsdauer beginnt für eine versicherte Person in dem betreffenden Tarif EP für Nr. 4.1.2 bzw. in den Tarifen EP, MP, TN für Nr. 4.1.3

- mit erstmaligem Beginn der Versicherung in dem entsprechenden Tarif, sofern die versicherte Person mindestens das Alter 16 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) erreicht hat und nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert ist oder
- mit Erreichung des Alters 16, wenn die Versicherung nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler fortgeführt wird bzw.
- nachdem die Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler geendet haben, mit Fortführung der Versicherung.

Die Wechseloption entfällt mit Erreichung des Alters 51.

- 4.1.2 Wechsel von einem Tarif EP in einen Tarif EP mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe**
Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte, fünfzehnte und jedes weitere durch fünf teilbare Versicherungsjahr (siehe § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2009) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in dem Tarif EP, aus dem gewechselt werden soll, folgt, wenn der Antrag spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.
- 4.1.3 Wechsel von einem Tarif EP in Tarif MP derselben Selbstbehaltsstufe**
Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte bzw. fünfzehnte Versicherungsjahr (vergleiche § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2009) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in den Tarifen EP, MP oder TN folgt, wenn der Antrag auf einen Wechsel von einem Tarif EP in den Tarif MP derselben Selbstbehaltsstufe spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.
- 4.2 Wechsel von einem Tarif EP in einen Tarif MP oder TN derselben Selbstbehaltsstufe für die Dauer einer Entsendung ins Ausland**
- 4.2.1 Wechselvoraussetzungen**
Entsendet ein Arbeitgeber eine versicherte Person im Rahmen eines in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Beschäftigungsverhältnisses für einen begrenzten Zeitraum ins Ausland, kann der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person den Wechsel von einem Tarif EP in den Tarif MP oder TN mit derselben Selbstbehaltsstufe verlangen. Diese Wechseloption gilt auch für die im Ausland mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen (Ehegatte, Lebenspartner und Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. solange sie nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert sind), sofern sie ebenfalls in einem Tarif EP oder MP versichert sind. Der Beginn und das voraussichtliche Ende der Auslandsbeschäftigung sind durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers vor dem Tarifwechsel nachzuweisen.
- 4.2.2 Wechselzeitpunkt/-antrag**
Der Wechsel kann zum Ersten des Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beginnt, verlangt werden, wenn der Antrag und der Nachweis nach Nr. 4.2.1 spätestens am 15. des Vormonats beim Versicherer eingegangen ist. Bei späterem Zugang erfolgt der Wechsel zum nächsten Monatsersten nach Eingang.
- 4.2.3 Beendigung der Auslandsbeschäftigung**
Nach einem Wechsel nach Nr. 4.2 gilt die Versicherung im Tarif MP bzw. TN derselben Selbstbehaltsstufe bis zum Ende des Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beendet wird bzw. für Familienangehörige, die die häusliche Gemeinschaft im Ausland zuvor beenden, bis zum Ende des entsprechenden Monats. Ab dem nächsten Monatsersten wird die Versicherung wieder in dem Tarif EP fortgeführt, aus dem der Wechsel für die Zeit der Auslandsbeschäftigung erfolgte. Das tatsächliche Ende der Auslandsbeschäftigung ist durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers nachzuweisen bzw. die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft durch eine Meldebescheinigung oder andere geeignete Belege.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2009

- 5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz erstreckt sich gem. § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2009 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht, abweichend von § 1 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2009, Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils bis zu einem Monat; er verlängert sich jedoch um bis zu weitere zwei Monate, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Dies setzt voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) befindet.
- 5.2 Kindernachversicherung**
Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2009 ist unter den dort genannten Voraussetzungen die Versicherung des Neugeborenen in jedem Tarif EP, MP oder TN möglich.

5.3 Kriegereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2009)

5.3.1 innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht.

5.4 Leistungshöchstsätze

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 mindern sich die im Tarif angegebenen jährlichen Leistungshöchstsätze bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarife AGIL comfort (MP0 bis MP3) - Primärarzttarife mit Leistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung

gültig ab 01.01.2009

Die Tarife MP0 bis MP3 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Selbstbehalt

2.1 Höhe des Selbstbehaltes

Von den tariflichen Leistungen wird zusätzlich der vereinbarte Selbstbehalt abgezogen. Dieser beträgt je versicherte Person und je Kalenderjahr im Tarif

MP0	0 EUR
MP1	480 EUR
MP2	960 EUR
MP3	1.920 EUR.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des jeweiligen Selbstbehaltes.

Für Vorsorgemaßnahmen nach Nr. 3.3.3 sowie für professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxemaßnahmen nach Nr. 3.4.1 gilt kein Selbstbehalt.

Die unter Nr. 3 vorgesehenen Erstattungsprozentsätze und betragsmäßigen Leistungsgrenzen gelten unabhängig vom Erreichen des jährlichen Selbstbehaltes.

2.2 Selbstbehalt bei unterjährigem Versicherungsbeginn/-ende

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 bis 4 Teil II AVB/KK 2009 reduziert sich der kalenderjährliche Selbstbehalt je versicherte Person bei einem unterjährigem Beginn der Versicherung für jeden Monat des Kalenderjahres, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um 1/12.

Bei unterjähriger Beendigung des Versicherungsverhältnisses vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

2.3 Änderung des Selbstbehaltes

Bei Wechsel in einen Tarif mit einem anderen Selbstbehalt gilt Nr. 2.2 entsprechend. Der im Kalenderjahr der Änderung insgesamt für die versicherte Person zu tragende Selbstbehalt ist auf den höchsten Betrag begrenzt, der sich aus dem Vergleich der vereinbarten Selbstbehalte dieser Tarife ergibt.

2.4 Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller in einem Tarif MP vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung ist je versicherte Person und je Kalenderjahr so begrenzt, dass jeder Tarif MP die Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) erfüllt.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Heilbehandler

Im Rahmen dieser Tarife sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktikern sowie Hebammen bzw. Entbindungshelfern erstattungsfähig, ferner die Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte in Krankenhausambulanzen und in auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentren. Erfolgt die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, müssen die genannten Behandler am jeweiligen Aufenthaltsort zugelassen sein.

3.2 Heilbehandlerliquidationen

3.2.1 Behandlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Die Erstattungspflicht richtet sich nach § 5 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009, jedoch sind Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker abweichend hiervon nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

Aufwendungen für Hebammen/Entbindungspfleger sind erstattungsfähig nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger.

3.2.2 Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen werden, abweichend von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 ersetzt, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des jeweiligen Aufenthaltsortes entsprechen.

3.3 Ambulante Heilbehandlung, ausgenommen zahnärztliche Behandlung

Bezüglich Heilpraktikerleistungen gilt Nr. 3.3.7 und bzgl. ambulanter Psychotherapie gilt Nr. 3.3.8.

3.3.1 Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland mit Ausnahme von Psychotherapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bei Inanspruchnahme eines Primärarztes oder eines Facharztes, wenn die versicherte Person von einem Primärarzt zur Mit-/Weiterbehandlung an diesen überwiesen wurde, ersetzt

- zu 100 %.

1 Primärärzte

Als Primärärzte gelten ausschließlich

- praktische Ärzte,
- Fachärzte für Allgemeinmedizin,
- Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde,
- Not- oder Bereitschaftsärzte.

Hebammen/Entbindungspfleger sind Primärärzten gleichgestellt.

2 Überweisungen durch Primärärzte

Die Überweisung ist zusammen mit der Facharztrechnung einzureichen und muss das Überweisungsdatum, die Diagnose und die aufzusuchende Fachrichtung enthalten. Sie gilt bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens für 6 Monate ab dem Überweisungsdatum. Für die über diesen Zeitraum hinaus notwendige Facharztbehandlung ist eine erneute Überweisung des Primärarztes vorzulegen.

Wird ein weiterer Arzt derselben Fachrichtung in Anspruch genommen, ist vor dem Arztwechsel eine erneute Überweisung durch den Primärarzt einzuholen und zusammen mit der Rechnung dieses neuen Facharztes vorzulegen. Hinsichtlich dieser Überweisung gilt im Übrigen der vorherige Absatz entsprechend.

3 Facharzt ohne Überweisung

Bei Inanspruchnahme eines Facharztes ohne Überweisung durch einen Primärarzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ersetzt

- zu 75 %.

3.3.2 Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt

- zu 75 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.3.3 Vorsorgemaßnahmen

1 Vorsorgeuntersuchungen

Abweichend von § 4 Nr. 2 e) Teil II AVB/KK 2009 sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) ohne Berücksichtigung der darin genannten Altersgrenzen erstattungsfähig

innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 75 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

2 Schutzimpfungen

Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) nach dem neuesten Stand empfohlen werden, sind erstattungsfähig innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 75 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.3.4 Arzneimittel und Verbandmaterial

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Arzneimittel und Verbandmaterial werden ersetzt

- zu 100 %.

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 b) Satz 2 Teil II AVB/KK 2009 sind auch Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung erstattungsfähig.

3.3.5 Heilmittel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel werden ersetzt

- zu 75 %.

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 c) Teil II AVB/KK 2009 sind auch ergotherapeutische Behandlungen erstattungsfähig.

3.3.6 Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen

sind, abweichend von § 4 Nr. 2 d) Sätze 1 und 4 Teil II AVB/KK 2009, unabhängig von der Anzahl erstattungsfähig

- zu 100 %,

maximal 300 EUR innerhalb von jeweils drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

Abweichend von § 4 Nr. 2 d) Sätze 1 bis 4 Teil II AVB/KK 2009 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung und Reparatur medizinisch notwendiger Hilfsmittel und Körperersatzstücke, Behandlungs- und Kontrollgeräte ersetzt

- zu 75 %.

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Blindenhunde inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verbrauchs- und Gebrauchsmaterialien sowie für die Pflege von Hilfsmitteln, z. B. Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte und bei Blindenhunden z. B. tierärztliche Behandlung, Futterkosten und nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör. Ferner sind nicht erstattungsfähig sanitäre Bedarfsartikel und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Massagegeräte, Heizkissen, Fieberthermometer).

3.3.7 Heilpraktiker

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung durch Heilpraktiker einschließlich von diesen verordnete Arzneimittel/Verbandmaterial werden ersetzt

- zu 75 %,

maximal 750 EUR je Kalenderjahr.

3.3.8 Psychotherapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen ambulanter Psychotherapie werden ersetzt

- zu 75%.

3.4 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt für

3.4.1 Zahnbehandlung

inklusive professioneller Zahnreinigung und sonstiger Maßnahmen für Zahnprophylaxe nach dem Abschnitt der Gebührenordnung für Zahnärzte, der prophylaktische Leistungen regelt, innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 75 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.4.2 Zahnersatzmaßnahmen

- zu 75 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der Zahnersatzmaßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stifzähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich implantologischer Leistungen, Inlays, Onlays, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Gnathologie.

3.4.3 Kieferorthopädische Maßnahmen

bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person

- zu 75 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der kieferorthopädischen Maßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Die Altersgrenze entfällt für kieferorthopädische Maßnahmen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

3.5 Stationäre Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie)

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt

- zu 100 %

bei Unterkunft im Zwei- oder Mehrbettzimmer einschließlich gesondert berechneter ärztlicher Leistungen.

Abweichend von § 4 Nr. 4 Teil II AVB/KK 2009 sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind.

3.5.1 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf bestimmte Leistungen

1 Verzicht auf Ein-/Zweibettzimmer oder privatärztliche Behandlung

Neben der Kostenerstattung besteht bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten ein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (20 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15 - Kalenderjahr minus Geburtsjahr).

2 Verzicht auf Ein-/Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und gleichzeitigem Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 60 EUR (40 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15).

3.5.2 Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im Einbettzimmer, werden pro Krankenhaustag 30 EUR von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten abgezogen.

3.5.3 Anschlussheilbehandlung

In Erweiterung zu § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2009 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt in der gemischten Anstalt bis zu vier Wochen dauern.

3.5.4 Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 AVB/KK 2009 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

3.5.5 Rooming-in

Bei stationärer Behandlung eines nach einem Tarif MP versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

- zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

3.5.6 Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif MP der betroffenen versicherten Person für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.

Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

3.5.7 Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Kur- oder Sanatoriumsbehandlung werden ersetzt
- zu 100 %

bis zu einem Betrag von 600 EUR je Kur.

Abweichend von § 5 Nr. 2 c) Teil II AVB/KK 2009 können diese frühestens nach dreijähriger Versicherungsdauer in einem Tarif MP und danach frühestens jeweils drei Jahre nach Abschluss der letzten Kurbehandlung in Anspruch genommen werden.

1 Ambulante Kurbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von 3.3.4 und 3.3.5.

2 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Abweichend von § 5 Nr. 2 b) Teil II AVB/KK 2009 sind die Kosten für die Unterkunft in einer Kurklinik und ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von 3.3.4 und 3.3.5 erstattungsfähig.

3.6 Transportkosten

3.6.1 Transportkosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung

Neben den Transportkosten nach § 4 Nr. 4 a) Teil II AVB/KK 2009 und § 4 Nr. 2 f) Teil II AVB/KK 2009 sind Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls oder medizinischen Notfalles erstattungsfähig innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 100 %,

außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- zu 75 %,

in einem Vertragsstaat des EWR jedoch mindestens die Leistungen, die in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen gewesen wären, aber nicht mehr als die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.6.2 Kosten für Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entstandenen Kosten, wenn ausreichende ärztliche Versorgung im Reiseland nicht sichergestellt ist und der Rücktransport von einem im Ausland zugelassenen Arzt angeordnet wurde

- zu 100 %,

bei Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthaltsort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bis zu 12.000 EUR.

4. Wechseloptionen

In Erweiterung des Tarifwechselrechtes nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten auch den Wechsel in einen Tarif mit Mehrleistungen verlangen.

4.1 Zeitlich festgelegte Wechseloptionen

4.1.1 Beginn und Ende der Wechseloptionen

Die für eine Wechseloption zu erfüllende Versicherungsdauer beginnt für eine versicherte Person in dem entsprechenden Tarif MP für Nr. 4.1.2 bzw. in den Tarifen EP, MP, TN für Nr. 4.1.3

- mit erstmaligem Beginn der Versicherung in dem entsprechenden Tarif, sofern die versicherte Person mindestens das Alter 16 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) erreicht hat und nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert ist oder
- mit Erreichung des Alters 16, wenn die Versicherung nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler fortgeführt wird bzw.
- nachdem die Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler geendet haben mit Fortführung der Versicherung.

Die Wechseloption entfällt mit Erreichung des Alters 51.

- 4.1.2 Wechsel von einem Tarif MP in einen Tarif MP mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe**
Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte, fünfzehnte und jedes weitere durch fünf teilbare Versicherungsjahr (siehe § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2009) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in dem Tarif MP, aus dem gewechselt werden soll, folgt, wenn der Antrag spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.
- 4.1.3 Wechsel von einem Tarif MP in Tarif TN derselben Selbstbehaltsstufe**
Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte bzw. fünfzehnte Versicherungsjahr (vergleiche § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2009) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in den Tarifen EP, MP oder TN folgt, wenn der Antrag auf einen Wechsel von einem Tarif MP in den Tarif TN derselben Selbstbehaltsstufe spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.
- 4.2 Wechsel von einem Tarif MP in Tarif TN derselben Selbstbehaltsstufe für die Dauer einer Entsendung ins Ausland**
- 4.2.1 Wechseltvoraussetzungen**
Entsendet ein Arbeitgeber eine versicherte Person im Rahmen eines in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden Beschäftigungsverhältnisses für einen begrenzten Zeitraum ins Ausland, kann der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person den Wechsel von einem Tarif MP in den Tarif TN mit derselben Selbstbehaltsstufe verlangen. Diese Wechseloption gilt auch für die im Ausland mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen (Ehegatte, Lebenspartner und Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. solange sie nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert sind), sofern sie ebenfalls in einem Tarif MP oder EP versichert sind. Der Beginn und das voraussichtliche Ende der Auslandsbeschäftigung sind durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers vor dem Tarifwechsel nachzuweisen.
- 4.2.2 Wechselzeitpunkt/-antrag**
Der Wechsel kann zum Ersten des Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beginnt, verlangt werden, wenn der Antrag und der Nachweis nach Nr. 4.2.1 spätestens am 15. des Vormonats beim Versicherer eingegangen sind. Bei späterem Zugang erfolgt der Wechsel zum nächsten Monatsersten nach Eingang.
- 4.2.3 Beendigung der Auslandsbeschäftigung**
Nach einem Wechsel nach Nr. 4.2 gilt die Versicherung im Tarif TN derselben Selbstbehaltsstufe bis zum Ende des Monats, in dem die Auslandsbeschäftigung beendet wird bzw. für Familienangehörige, die die häusliche Gemeinschaft im Ausland zuvor beenden, bis zum Ende des entsprechenden Monats. Ab dem nächsten Monatsersten wird die Versicherung wieder in dem Tarif MP fortgeführt, aus dem der Wechsel für die Zeit der Auslandsbeschäftigung erfolgte. Das tatsächliche Ende der Auslandsbeschäftigung ist durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers nachzuweisen bzw. die Beendigung der häuslichen Gemeinschaft durch eine Meldebescheinigung oder andere geeignete Belege.
- 4.3 Wechseloption in Krankheitskostenzusatzversicherung**
Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person nach einem Tarif MP aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht gemäß § 13 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009, kann er ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenteilversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2009

- 5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz erstreckt sich gem. § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2009 auf Europa. Für vorübergehende Aufenthalte außerhalb Europas besteht gemäß § 1 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2009 Versicherungsschutz für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten; in Erweiterung hierzu verlängert er sich, sofern ein Versicherungsfall eingetreten ist und die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
Dies setzt voraus, dass sich der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) befindet.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009 und § 2 Nrn. 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2009 ist unter den dort genannten Voraussetzungen die Versicherung des Neugeborenen in jedem Tarif EP, MP oder TN möglich.

5.3 Kriegereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2009)

5.3.1 innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht.

5.4 Leistungshöchstsätze

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 mindern sich die im Tarif angegebenen jährlichen Leistungshöchstsätze bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarife AGIL premium (TN0 bis TN3) - Krankheitskostenversicherung für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung

gültig ab 01.01.2009

Die Tarife TN0 bis TN3 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Selbstbehalt

2.1 Höhe des Selbstbehaltes

Von den tariflichen Leistungen wird zusätzlich der vereinbarte Selbstbehalt abgezogen. Dieser beträgt je versicherte Person und je Kalenderjahr im Tarif

TN0	0 EUR
TN1	480 EUR
TN2	960 EUR
TN3	1.920 EUR.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des jeweiligen Selbstbehaltes.

Für Vorsorgemaßnahmen nach Nr. 3.3.2 sowie für professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxemaßnahmen nach Nr. 3.4.1 gilt kein Selbstbehalt.

Die unter Nr. 3 vorgesehenen Erstattungsprozentsätze und betragsmäßigen Leistungsgrenzen gelten unabhängig vom Erreichen des jährlichen Selbstbehaltes.

2.2 Selbstbehalt bei unterjährigem Versicherungsbeginn/-ende

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 bis 4 Teil II AVB/KK 2009 reduziert sich der kalenderjährliche Selbstbehalt je versicherte Person bei einem unterjährigem Beginn der Versicherung für jeden Monat des Kalenderjahres, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um 1/12.

Bei unterjähriger Beendigung des Versicherungsverhältnisses vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

2.3 Änderung des Selbstbehaltes

Bei Wechsel in einen Tarif mit einem anderen Selbstbehalt gilt Nr. 2.2 entsprechend. Der im Kalenderjahr der Änderung insgesamt für die versicherte Person zu tragende Selbstbehalt ist auf den höchsten Betrag begrenzt, der sich aus dem Vergleich der vereinbarten Selbstbehalte dieser Tarife ergibt.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Heilbehandler

Im Rahmen dieser Tarife sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktikern sowie Hebammen bzw. Entbindungshelfern erstattungsfähig, ferner die Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte in Krankenhausambulanzen und in auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentren. Erfolgt die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, müssen die genannten Behandler am jeweiligen Aufenthaltsort zugelassen sein.

3.2 Heilbehandlerliquidation

Abweichend von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 gilt:

3.2.1 Behandlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Es werden auch ärztliche und zahnärztliche Leistungen erstattet, die mit einer von der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe liquidiert werden. Dies setzt voraus, dass der Liquidation eine entsprechende sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung (Honorarvereinbarung) zugrunde liegt.

Entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker sind, nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

Aufwendungen für Hebammen /Entbindungspfleger sind erstattungsfähig nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger.

3.2.2 Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des jeweiligen Aufenthaltsortes entsprechen.

3.3. Ambulante Heilbehandlung (einschließlich ambulanter Psychotherapie und Heilpraktikerleistungen), ausgenommen zahnärztliche Behandlung

3.3.1 Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden ersetzt

- zu 100 %

3.3.2 Vorsorgemaßnahmen

1 Vorsorgeuntersuchungen

Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig

- zu 100 %

2 Schutzimpfungen

Aufwendungen für medizinisch notwendige Schutzimpfungen inklusive solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen werden ersetzt

- zu 100 %

3.3.3 Arzneimittel und Verbandmaterial

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Arzneimittel und Verbandmaterial werden ersetzt

- zu 100 %

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 b) Satz 2 Teil II AVB/KK 2009 sind auch Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung erstattungsfähig.

3.3.4 Heilmittel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel werden ersetzt

- zu 100 %

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 c) Teil II AVB/KK 2009 sind ergotherapeutische Behandlungen erstattungsfähig.

3.3.5 Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen

sind, abweichend von § 4 Nr. 2 d) Sätze 1 und 3 Teil II AVB/KK 2009, unabhängig von der Anzahl erstattungsfähig

- zu 100 %,

maximal 900 EUR innerhalb von jeweils drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

Abweichend von § 4 Nr. 2 d) Sätze 1 bis 4 Teil II AVB/KK 2009 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung und Reparatur medizinisch notwendiger Hilfsmittel und Körperersatzstücke, Behandlungs- und Kontrollgeräte ersetzt

- zu 100 %.

Hierzu zählen auch Blindenhunde inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verbrauchs- und Gebrauchsmaterialien sowie für die Pflege von Hilfsmitteln, z. B. Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte und bei Blindenhunden z. B. tierärztliche Behandlung, Futterkosten und nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör. Ferner sind nicht erstattungsfähig sanitäre Bedarfsartikel und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Massagegeräte, Heizkissen, Fieberthermometer).

3.4 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt für

- 3.4.1 Zahnbehandlung**
inklusive professioneller Zahnreinigung und sonstiger Maßnahmen für Zahnprophylaxe nach dem Abschnitt der Gebührenordnung für Zahnärzte, der prophylaktische Leistungen regelt,
- zu 100 %.
- 3.4.2 Zahnersatzmaßnahmen**
- zu 80 %, wenn dem Versicherer vor Beginn der Zahnersatzmaßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.
Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich implantologischer Leistungen, Inlays, Onlays, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Gnathologie.
- 3.4.3 Kieferorthopädische Maßnahmen**
- zu 80 %, wenn dem Versicherer vor Beginn der kieferorthopädischen Maßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.
- 3.5 Stationäre Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie)**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt
- zu 100 %
bei Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer einschließlich gesondert berechneter ärztlicher Leistungen.
Abweichend von § 4 Nr. 4 Teil II AVB/KK 2009 sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind.
- 3.5.1 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf bestimmte Leistungen**
1 Verzicht auf Einbettzimmer oder privatärztliche Behandlung
Neben der Kostenerstattung besteht bei Belegung eines Zimmers mit mehr als einem Bett ein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (20 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15 - Kalenderjahr minus Geburtsjahr).
2 Verzicht auf Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung
Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als einem Bett und gleichzeitigem Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 80 EUR (60 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15).
- 3.5.2 Anschlussheilbehandlung**
In Erweiterung zu § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2009 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt in der gemischten Anstalt bis zu vier Wochen dauern.
- 3.5.3 Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen**
Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 AVB/KK 2009 mit den tariflichen Sätzen erstattet.
- 3.5.4 Rooming-in**
Bei stationärer Behandlung eines nach einem Tarif TN versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig
- zu 100 %, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.
- 3.5.5 Beitragsfreistellung**
Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif TN der betroffenen versicherten Person für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.
Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.
- 3.5.6 Kur- und Sanatoriumsbehandlung**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden ersetzt
- zu 100 % bis zu einem Betrag von 1.800 EUR je Kur.

Abweichend von § 5 Nr. 2 c) Teil II AVB/KK 2009 können diese frühestens nach dreijähriger Versicherungsdauer in einem Tarif TN und danach frühestens jeweils drei Jahre nach Abschluss der letzten Kurbehandlung in Anspruch genommen werden.

1 Ambulante Kurbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von 3.3.3 und 3.3.4.

2 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Abweichend von § 5 Nr. 2 b) Teil II AVB/KK 2009 sind die Kosten für die Unterkunft in einer Kurklinik und ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von 3.3.3 und 3.3.4 erstattungsfähig.

3.6 Transportkosten

3.6.1 Transportkosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung

Neben den Transportkosten nach § 4 Nr. 2 f) Teil II AVB/KK 2009 und § 4 Nr. 4 a) Teil II AVB/KK 2009 sind Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles oder eines medizinischen Notfalles sowie bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig
- zu 100 %.

3.6.2 Kosten für Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entstandenen Kosten, wenn ausreichende ärztliche Versorgung im Reiseland nicht sichergestellt ist und der Rücktransport von einem im Ausland zugelassenen Arzt angeordnet wurde

- zu 100 %,

bei Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthaltsort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bis zu 12.000 EUR.

4. Wechseloption

4.1. Wechseloption in einen Tarif TN mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe

In Erweiterung des Tarifwechselrechtes nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten auch den Wechsel in einen Tarif TN mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe verlangen.

Die für die Wechseloption zu erfüllende Versicherungsdauer beginnt für eine versicherte Person in dem Tarif TN, aus dem gewechselt werden soll

- mit erstmaligem Beginn der Versicherung in dem betreffenden Tarif, sofern die versicherte Person mindestens das Alter 16 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) erreicht hat und nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert ist oder
- mit Erreichung des Alters 16, wenn die Versicherung nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler fortgeführt wird bzw.
- nachdem die Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler geendet haben mit Fortführung der Versicherung.

Die Wechseloption entfällt mit Erreichung des Alters 51.

Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte, fünfzehnte und jedes weitere durch fünf teilbare Versicherungsjahr (siehe § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2009) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in dem Tarif TN, aus dem gewechselt werden soll, folgt, wenn der Antrag spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.

4.2 Wechseloption in Krankheitskostenzusatzversicherung

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person nach einem Tarif TN aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht gemäß § 13 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009, kann er ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenteilversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2009

5.1 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

In Erweiterung von § 1 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2009 und § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009 besteht für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland bis zu 36 Monate Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Der Versicherer verpflichtet sich, für darüber hinaus andauernde Aufenthalte den Versicherungsschutz zu verlängern, wenn der Antrag beim Versicherer vor Ablauf der 36 Monate bzw. einer darüber hinaus vereinbarten Verlängerung eingeht.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

Der Versicherer ist berechtigt, die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig zu machen. Ein vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des Monats, nach dem die versicherte Person sich mehr als drei Monate ununterbrochen wieder innerhalb des EWR aufhält oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt wieder in einen Vertragsstaat des EWR verlegt.

Hat sich die versicherte Person für mindestens sechs Monate in einem Vertragsstaat des EWR aufgehalten, beginnt die 36-Monats-Frist neu. Innerhalb der sechs Monate besteht Versicherungsschutz in Europa, weltweit bis zu einem Monat. Eine anderweitige Vereinbarung kann getroffen werden.

5.2 Kindernachversicherung

Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009 und § 2 Nummern 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2009 ist unter den dort genannten Voraussetzungen die Versicherung des Neugeborenen in jedem Tarif EP, MP oder TN möglich.

5.3 Kriegereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2009)

5.3.1 innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat

Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht.

5.4 Leistungshöchstsätze

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 mindern sich die im Tarif angegebenen jährlichen Leistungshöchstsätze bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler in den Tarifen AGIL classic, AGIL comfort, AGIL premium

gültig ab 01.01.2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer in der Bundesrepublik Deutschland oder in anderen EU-Staaten bestehenden Hochschule (Studenten) und Schüler nach folgenden Besonderen Bedingungen in den Tarifen EP0, EP1, EP2, EP3, MP0, MP1, MP2, MP3, TN0, TN1, TN2 und TN3 versicherungsfähig.

2. Beiträge

Für diese Zeit richtet sich die monatliche Beitragsrate nach dem erreichten Alter. Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 16 - 20, 21 - 25, 26 - 30 und 31 - 34 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen (§ 8 b AVB/KK 2009) bleiben hiervon unberührt.

3. Wegfall der Versicherungsfähigkeit und Weiterversicherung

Diese Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die wissenschaftliche Ausbildung oder die Schulausbildung endet, vorzeitig abgebrochen oder für die Dauer von mehr als 6 Monaten unterbrochen wird oder in dem der Versicherte das 34. Lebensjahr vollendet. Vom Folgemonat an wird die Versicherung, ohne dass es eines Antrages bedarf, ohne Unterbrechung mit dem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt. Dabei erfolgt keine neue Risikoprüfung und es sind keine neuen Wartezeiten zurückzulegen.

Will der Versicherungsnehmer von dieser Änderung keinen Gebrauch machen, kann er das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person innerhalb eines Zeitraumes von 2 Monaten nach dem Änderungszeitpunkt durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Änderung kündigen (vergleiche § 13 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2009).

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen ist dem Versicherer innerhalb einer Frist von einem Monat ab Eintritt des Beendigungsgrundes schriftlich anzuzeigen.

Tarif SG 1 - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2009

Der Tarif SG 1 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (AVB/KK 2009):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif SG 1 endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen im Inland nach KHG/KHEntgG bzw. BpflV

2.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt:

- zu 100 %

für Wahlleistungen, d. h. gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer und gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung bzw. der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnet werden.

Erstattet werden auch ärztliche Leistungen, die mit einer von der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe liquidiert werden, sofern eine den Grundsätzen der GOÄ entsprechende sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt.

Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird zusätzlich der Kürzungsbetrag erstattet.

2.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf versicherte Wahlleistungen im Einzelfall:

a) Bei Verzicht auf Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung wird anstelle der Kostenerstattung für diese Wahlleistung ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR).

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR).

b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

3. Versicherungsleistungen im Ausland oder im Inland nicht nach KHG/KHEntgG bzw. BpflV

3.1 Im Ausland und in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung bzw. nicht nach der jeweils gültigen BpflV abrechnen, erfolgt keine Kostenerstattung, es wird ein Krankenhaustagegeld von 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR) gezahlt.

3.2 Hat jedoch eine gesetzliche Krankenkasse Leistungen für diesen Krankenhausaufenthalt erbracht, werden auf Antrag die nachgewiesenen Kosten für Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer (einschließlich medizinisch notwendiger Sachleistungen) und für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.

3.3 Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

5. Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

6. Beitragsfreistellung

Dauert ein entschädigungspflichtiger Krankenhausaufenthalt länger als 8 Wochen, erhält der Versicherte in diesem Tarif für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.

Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Vertragsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

7. Beitragsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 7,5.

Tarif SG 2 - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2009

Der Tarif SG 2 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (AVB/KK 2009):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif SG 2 endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen im Inland nach KHG/KHEntgG bzw. BpflV

2.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt:

- zu 100 %

für Wahlleistungen, d. h. gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung bzw. der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnet werden.

Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird zusätzlich der Kürzungsbetrag erstattet.

2.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf versicherte Wahlleistungen im Einzelfall:

a) Bei Verzicht auf Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung wird anstelle der Kostenerstattung für diese Wahlleistung ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR).

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 60 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 40 EUR).

b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

3. Versicherungsleistungen im Ausland oder im Inland nicht nach KHG/KHEntgG bzw. BpflV

3.1 Im Ausland und in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung bzw. nicht nach der jeweils gültigen BpflV abrechnen, erfolgt keine Kostenerstattung, es wird ein Krankenhaustagegeld von 60 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 40 EUR) gezahlt.

Ist die Leistung "Unterkunft im Zweibettzimmer" (vergleiche Nr. 2.1) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, wird ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR) gezahlt.

3.2 Hat jedoch eine gesetzliche Krankenkasse Leistungen für diesen Krankenhausaufenthalt erbracht, werden auf Antrag die nachgewiesenen Restkosten für Unterkunft im Zweibettzimmer (einschließlich medizinisch notwendiger Sachleistungen) und für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.

Ist die Leistung "Unterkunft im Zweibettzimmer" (vergleiche Nr. 2.1) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, werden auf Antrag die nachgewiesenen Restkosten für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.

- 3.3 Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im Einbettzimmer, werden pro Krankenhaustag 30 EUR von den im Einbettzimmer entstandenen Kosten abgezogen (Selbstbehalt).
Ist die Leistung "Unterkunft im Zweibettzimmer" (vergleiche Nummern 2.1, 3.1, 3.2) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, werden auch für die Unterkunft im Einbettzimmer keine Leistungen erbracht. Die ärztlichen Leistungen werden im tariflichen Umfang erstattet.

5. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

6. Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

7. Beitragsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.
Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 7,5.

Tarif 10 - Krankenhaustagegeld

gültig ab 01.01.2009

Der Tarif 10 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1 In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.
- 1.2 Das Krankenhaustagegeld muss mindestens 10 EUR betragen und darf bei Minderjährigen 60 EUR nicht übersteigen.

2. Versicherungsleistungen

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt wird gezahlt:
- das versicherte Krankenhaustagegeld für jeden Tag ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung.
Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

3. Teilstationäre Behandlung

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

5. Beiträge

Die monatliche Beitragsrate verdoppelt sich für den Teil des Krankenhaustagegeldes, der 60 EUR bei Erwachsenen und 30 EUR bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre übersteigt.

6. Beitragsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.
Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 10.

Tarif EG 3 - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.01.2009

Der Tarif EG 3 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif EG 3 endet mit dem Wegfall dieser Voraussetzung.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Bei den Nrn. 2.1 und 2.4 sind Erstattungen auch ohne Vorleistung der GKV vorgesehen.

2.1 Sehhilfen

Für Sehhilfen werden 80 % des Rechnungsbetrages, maximal 160 EUR erstattet. Eine Vorleistung der GKV wird vorab vom Rechnungsbetrag abgezogen.

Entsprechend § 4 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2009 wird die Leistung höchstens für eine Sehhilfe im Kalenderjahr gewährt.

2.2 Krankenhaustagegeld

a) Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt wird ein Krankenhaustagegeld von 13 EUR für jeden Tag, für den die GKV leistet, gezahlt, längstens für 28 Tage im Kalenderjahr. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes nach a), bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

c) Bei einer stationären Psychotherapie im Ausland wird nach diesem Tarif nicht geleistet.

d) Sollte der Betrag, der nach § 39 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB) - 5. Buch (V) täglich vom Versicherten selbst zu tragen ist, den in a) genannten Betrag übersteigen, wird die tarifliche Leistung bei der nächstfolgenden Beitragsanpassung nach § 8 b AVB/KK 2009 dem neuen Betrag gemäß SGB V angepasst. Entsprechendes gilt, wenn sich die maximale Zuzahlungsdauer gemäß § 39 Absatz 4 SGB V ändert.

2.3 Kurtagegeld

a) Der Versicherer zahlt für die Dauer einer medizinisch notwendigen Kur für den Zeitraum, für den die GKV leistet, ein Kurtagegeld von 13 EUR, längstens für 21 Tage.

b) Die Höhe des Kurtagegeldes nach a) wird der jeweiligen Höhe des Krankenhaustagegeldes entsprechend Nummer 2.2 d) angepasst.

2.4 Kurzfristige Auslandsreisen

a) Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von längstens 45 Tagen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen akuten Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen ersetzt.

Hierzu gehören ausschließlich Aufwendungen für:

aa) Heilbehandlung im Ausland durch dort zugelassene Ärzte und Zahnärzte, einschließlich im Aufenthaltsland unvorhersehbar notwendig werdende ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen und bei Früh- oder Fehlgeburt; nicht jedoch künstliche Befruchtung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen; außerdem nicht für Psychoanalyse und Psychotherapie;

- ab) Arznei- und Heilmittel;
- ac) zahnärztliche Leistungen
Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
- ad) stationäre Heilbehandlung
Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft und Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen;
- ae) Transporte
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- af) Rücktransportkosten
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in die Bundesrepublik Deutschland, wenn der Rücktransport nach Art und Umfang aufgrund des medizinischen Befundes notwendig ist, ein Arzt gemäß aa) dies schriftlich bestätigt hat und die Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland anschließend an den Rücktransport stationär weiterbehandelt werden muss. Der Rücktransport muss in ein Krankenhaus an dem ständigen Wohnsitz, der vor Beginn des Auslandsaufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bestand, oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen.
Die notwendigen Kosten für eine ebenfalls beim Versicherer für Auslandsreisen krankenversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt gemäß aa) erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.
Durch Rücktransporte ersparte Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen.
- ag) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.
- ah) Organisationsleistungen und Hilfestellung durch den Versicherer
Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage und ist durch den im Ausland behandelnden Arzt schriftlich attestiert worden, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden maximal Kosten eines Business-class-Fluges übernommen bis 1.300 EUR. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.
Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder - soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme - und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen.
Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellung:
- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
 - Benennung eines Arztes vor Ort;
 - Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
 - Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
 - Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
 - Organisation des Rücktransportes gemäß af) bzw. der Bestattung/Überführung gemäß ag).

- b) Keine Leistungspflicht besteht
 - ba) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste;
 - bb) für die bei dem jeweiligen Reisebeginn (Grenzüberschreitung ins Ausland) bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) einschließlich Folgen sowie die Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und Unfallfolgen, die in den letzten 3 Monaten vor Reisebeginn behandelt wurden, sofern die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten wurde.
- c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- d) Anstelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB/KK 2009 gilt:
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes (längstens 45 Tage nach Grenzüberschreitung ins Ausland). Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland oder die unmittelbare Aufnahme in ein dort gelegenes Krankenhaus. Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- e) In Erweiterung von § 3 Absatz 2 und 3 AVB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten bei kurzfristigen Auslandsreisen.

3. Beitragsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 7,5.

Tarif EG 4 - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.01.2009

Der Tarif EG 4 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif EG 4 endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Sehhilfen

Für Sehhilfen werden 100 % des Rechnungsbetrages, maximal 200 EUR erstattet. Eine Vorleistung der GKV wird vorab vom Rechnungsbetrag abgezogen.

Die Leistung wird höchstens für eine Sehhilfe innerhalb von jeweils zwei Kalenderjahren gewährt.

2.2 Krankenhaustagegeld

a) Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt wird ein Krankenhaustagegeld von 15 EUR gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes nach a), bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

c) Bei einer stationären psychotherapeutischen Behandlung wird nach diesem Tarif nicht geleistet.

2.3 Kurtagegeld

Der Versicherer zahlt für die Dauer einer medizinisch notwendigen Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung einer gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung ein Kurtagegeld von 15 EUR.

2.4 Heilpraktiker

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) werden zu 40 % ersetzt.

2.5 Kurzfristige Auslandsreisen

a) Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von längstens 45 Tagen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen akuten Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen ersetzt.

Hierzu gehören ausschließlich Aufwendungen für:

aa) Heilbehandlung im Ausland durch dort zugelassene Ärzte und Zahnärzte, einschließlich im Aufenthaltsland unvorhersehbar notwendig werdende ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen und bei Früh- oder Fehlgeburt; nicht jedoch künstliche Befruchtung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen; außerdem nicht für Psychoanalyse und Psychotherapie;

ab) Arznei- und Heilmittel;

ac) zahnärztliche Leistungen

Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;

- ad) stationäre Heilbehandlung
Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft und Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen;
- ae) Transporte
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- af) Rücktransportkosten
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in die Bundesrepublik Deutschland, wenn der Rücktransport nach Art und Umfang aufgrund des medizinischen Befundes notwendig ist, ein Arzt gemäß aa) dies schriftlich bestätigt hat und die Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland anschließend an den Rücktransport stationär weiterbehandelt werden muss. Der Rücktransport muss in ein Krankenhaus an dem ständigen Wohnsitz, der vor Beginn des Auslandsaufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bestand, oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen.
Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt gemäß aa) erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.
Durch Rücktransporte ersparte Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen.
- ag) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.
- ah) Organisationsleistungen und Hilfestellung durch den Versicherer
Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage und ist durch den im Ausland behandelnden Arzt schriftlich attestiert worden, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden maximal Kosten eines Business-class-Fluges übernommen bis 1.300 EUR. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.
Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder - soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme - und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen.
Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellung:
- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
 - Benennung eines Arztes vor Ort;
 - Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
 - Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
 - Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
 - Organisation des Rücktransportes gemäß af) bzw. der Bestattung/Überführung gemäß ag).

- b) Keine Leistungspflicht besteht
 - ba) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste;
 - bb) für die bei dem jeweiligen Reisebeginn (Grenzüberschreitung ins Ausland) bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) einschließlich Folgen sowie die Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und Unfallfolgen, die in den letzten 3 Monaten vor Reisebeginn behandelt wurden, sofern die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten wurde.
- c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- d) Anstelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB/KK 2009 gilt:
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes (längstens 45 Tage nach Grenzüberschreitung ins Ausland). Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland oder die unmittelbare Aufnahme in ein dort gelegenes Krankenhaus. Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- e) In Erweiterung von § 3 Absatz 2 und 3 AVB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten bei kurzfristigen Auslandsreisen.

3. Beitragsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.
Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 7,5.

Tarif AG - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.01.2009

Der Tarif AG gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif AG endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.1 b).

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Nach Vorleistung durch die GKV

Die erstattungsfähigen Aufwendungen (nicht erstattungsfähige Aufwendungen siehe Nr. 2.2) einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden für

- Heilbehandlungen durch Ärzte und Zahnärzte einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und verordneter Arznei- und Heilmittel,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger

zu 80 % der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV ersetzt; in diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:

- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis hin zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze,
- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil zu 100 % ersetzt.

b) Ohne Vorleistung der GKV

Hat die GKV für Aufwendungen gem. Nr. 2.1 a) keine Vorleistung erbracht, werden sie zu 40 % ersetzt. Dies gilt nicht für unter Nr. 2.1 a) geregelte Zuzahlungen und Abschläge.

2.2 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig im Sinne von Nr. 2.1 sind:

- Heilbehandlungen durch Behandler, die nicht in Nr. 2.1 ausdrücklich genannt sind, z. B. Heilpraktiker,
- Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung,
- Aufwendungen für Kieferorthopädie sowie Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen),
- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

3. Beitragsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 7,5.

Tarife ZE 30, ZE 40, ZE 50 - Ergänzungstarife für Zahnersatz für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.01.2009

Die Tarife ZE 30, ZE 40, ZE 50 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK):

Teil I Musterbedingungen 2009

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In die Tarife ZE 30, ZE 40, ZE 50 können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach diesen Tarifen endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

- a) Die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes werden ersetzt im Tarif
- | | |
|-------|-----------|
| ZE 30 | - zu 30 % |
| ZE 40 | - zu 40 % |
| ZE 50 | - zu 50 % |
- für zahnärztliche persönliche Leistungen und für zahntechnische Laborleistungen, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.
Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.
- b) Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen).
Nicht versichert sind im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendig werdende vorbereitende, diagnostische und therapeutische Leistungen.
- c) Vor Beginn einer Zahnersatz-Maßnahme ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Maßnahme vorgelegt, oder hat der Versicherer vor Beginn der Maßnahme keine Zusage erteilt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in Höhe von 50 % der tariflichen Leistungen erstattet.

3. Beiträge

Abweichend von § 8 Nr. 1 b) Teil II AVB/KK 2009 richten sich die Beiträge dieser Tarife nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person.

4. Beitragsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 7,5.

Tarif Blick + Check premium (BC1) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif BC1 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif BC1 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif BC1 versicherten Leistungen werden angerechnet.

2.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1) zu 100 %.
- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

2.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1) zu 100 %.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Blick + Check comfort (BC2) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif BC2 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif BC2 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif BC2 versicherten Leistungen werden angerechnet.

2.1

Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1) zu 100 %.
- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

2.2

Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1) zu 100 %.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Blick + Check classic (BC3) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif BC3 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif BC3 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif BC3 versicherten Leistungen werden angerechnet.

2.1

Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1) zu 100 %.
- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

2.2

Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 2 Satz 1) zu 100 %.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Klinik premium (K1) - Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif K1 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif K1 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in den Nummern 2.1 bis 2.9 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif K1 versicherten Leistungen werden angerechnet.

2.1. Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

2.1.1. Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat zu 100 %.

In Erweiterung von § 5 Nr.1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 sind ärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.1.2. Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt bei Verzicht auf

- die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 30 EUR;
- wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen 70 EUR.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.2. Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

- 2.2.1 Nach Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4) zu 100 %;
Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.
- 2.2.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte, einschließlich der Leistungen von Belegärzten und Sachkosten bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr zu 90 %.
Auf den Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.7, 2. Alternative, angerechnet.
Für Liquidationen inländischer Ärzte gilt Nr. 2.1.1 Satz 2. Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.
- 2.3 Ambulante Operationen im Krankenhaus**
Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:
- 2.3.1 Nach Vorleistung der GKV:
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4) sowie Sachkosten werden ersetzt zu 100 %.
- 2.3.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4) sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt zu 90 %.
- 2.4 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation**
Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.2 bzw. 2.3 genannten Umfang erstattungsfähig.
- 2.5 Rooming-In**
Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K1 versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig zu 100 %, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.
- 2.6 Nachhilfeunterricht**
Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes notwendig ist, zu 100 %.
Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.
- 2.7 Transportkosten**
In Ergänzung zu § 4 Nr. 4 a Teil II AVB/KK 2009 werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt:
- Nach Vorleistung der GKV:
die verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus zu 100 %;
 - ohne Vorleistung der GKV:
die Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr zu 90 %.
Auf diesen Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.2.2 angerechnet.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.8 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 200 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.9 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Abstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransportes übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthaltes verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

4. Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif K1 der versicherten Person für den zu diesem Zeitpunkt laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Klinik comfort (K2) - Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif K2 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif K2 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in den Nummern 2.1 bis 2.11 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif K2 versicherten Leistungen werden angerechnet.

2.1. Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

2.1.1 Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat zu 100 %.

2.1.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt bei Verzicht auf

- die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 20 EUR;
- wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen 60 EUR.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.2. Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.2.1 Nach Vorleistung der GKV:

Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6) zu 100 %;
Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

- 2.2.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Krankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Behandlung von 60 EUR.
- 2.3 Behandlung im Einbettzimmer**
Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 30 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).
- 2.4 Psychotherapie**
Bei stationärer Psychotherapie leistet der Versicherer für bis zu 30 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinausgehend besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, soweit der Versicherer diese vorher schriftlich zugesagt hat.
- 2.5 Ambulante Operationen im Krankenhaus**
Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:
- 2.5.1 Nach Vorleistung der GKV:
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6) sowie Sachkosten werden ersetzt zu 100 %.
- 2.5.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6) sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt zu 70 %.
- 2.6 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation**
Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.2.1 bzw. 2.5 genannten Umfang erstattungsfähig.
- 2.7 Rooming-In**
Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K2 versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig zu 100 %, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.
- 2.8 Nachhilfeunterricht**
Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthalts notwendig ist zu 100 %.
Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthalts und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.
- 2.9 Transportkosten**
In Ergänzung zu § 4 Nr. 4 a Teil II AVB/KK 2009 werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt, die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus zu 100 %;
Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.
- 2.10 Geburtspauschale**
Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 100 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.11 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Abstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransportes übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthaltes verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

4. Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif K2 der versicherten Person für den zu diesem Zeitpunkt laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Klinik classic (K3) - Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer infolge von Unfällen

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif K3 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif K3 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Ausgenommen sind Personen, die mehr als 50 % ihres Einkommens aus der Ausübung einer Sportart beziehen (Berufssportler, Sportprofis).

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in den Nummern 2.1 bis 2.10 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif K3 versicherten Leistungen werden angerechnet.

2.1. Unfallbegriff

2.1.1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Darüber hinaus gilt als Unfall eine durch Zeckenbiss übertragene Infektion, wenn die Infektion frühestens einen Monat nach Beginn der Versicherung nach diesem Tarif erstmals ärztlich festgestellt wird.

2.1.2. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die verursacht sind durch:

- a) Trunkenheit oder Einnahme von Rauschmitteln;
- b) Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, es sei denn, diese Anfälle wurden durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht;
- c) die Teilnahme als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- d) die Ausübung von Extremsportarten, wie z. B.: Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Freitauchen, B.A.S.E.jumping, Freeclimbing, Boxen, Thai-, Kickboxen und Vollkontaktkarate sowie andere, ebenso risikoreiche Sportarten;
- e) sowie für Unfälle, die bei Ausführung oder Versuch einer vorsätzlichen Straftat der versicherten Person geschehen.

2.1.3. Versicherungsschutz besteht ferner nicht für:

- a) Infektionskrankheiten infolge von Insektenstichen oder -bissen (siehe hierzu aber Nr. 2.1.1 Satz 3);
- b) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund; Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt einer Vergiftung das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- c) Heilbehandlung oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, die nicht durch einen Unfall veranlasst sind;
- d) Bauch- oder Unterleibsbrüche;
- e) Schäden an Bandscheiben;
- f) Behandlungen infolge von Unfällen, die sich vor Vertragsabschluss ereignet haben.

2.2. Stationäre Behandlung im Inland, bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

2.2.1 Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat zu 100 %.

2.2.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt bei Verzicht auf

- die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 20 EUR;
- wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen 60 EUR.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.3 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.3.1. Nach Vorleistung der GKV:

Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.7) zu 100 %; Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

2.3.2. Ohne Vorleistung der GKV:

Krankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Behandlung von 60 EUR.

2.4 Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 30 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.5 Psychotherapie

Bei unfallbedingter stationärer Psychotherapie leistet der Versicherer für bis zu 30 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinausgehend besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, soweit der Versicherer diese vorher schriftlich zugesagt hat.

2.6 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

2.6.1 Nach Vorleistung der GKV:

Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.7) sowie Sachkosten werden ersetzt zu 100 %.

2.6.2 Ohne Vorleistung der GKV:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.7) sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt zu 70 %.

2.7 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation nach Nr. 2.6 medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.3.1 bzw. 2.6 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.8 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K3 versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig zu 100 %, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.9 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes notwendig ist zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.10 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall folgende Aufwendungen zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Abstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransportes übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthaltes verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

4. Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif K3 der versicherten Person für den zu diesem Zeitpunkt laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.
Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Zahn premium (Z1) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif Z1 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif Z1 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif Z1 versicherten Leistungen werden angerechnet. Besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der GKV, ist die versicherte Person verpflichtet, diese Leistungen vorab zu beantragen und in Anspruch zu nehmen.

2.3 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich der anzurechnenden Vorleistungen der GKV und Erstattungen Dritter

zu 90 %,

mindestens jedoch den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Erstattet werden jedoch höchstens die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen (siehe Nr. 2.2).

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR zu 90 %;

oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inklusive hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

In Erweiterung von § 5 Nr.1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung, bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original. Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;

Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Zahn comfort (Z2) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif Z2 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif Z2 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif Z2 versicherten Leistungen werden angerechnet. Besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der GKV, ist die versicherte Person verpflichtet, diese Leistungen vorab zu beantragen und in Anspruch zu nehmen.

2.3 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich der anzurechnenden Vorleistungen der GKV und Erstattungen Dritter

zu 70 %,

mindestens jedoch den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Erstattet werden jedoch höchstens die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen (siehe Nr. 2.2).

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

zu 70 %;

oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR

zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inklusive hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt, jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Zahn classic (Z3) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif Z3 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif Z3 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren, vorausgesetzt die Maßnahme wurde erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Höhe der Leistungen

Der Versicherer erstattet für die erstattungsfähigen Aufwendungen den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde.

Erstattet werden jedoch höchstens die nach Anrechnung der Vorleistung der GKV und Erstattungen Dritter aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif Z3 versicherten Leistungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.3 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, Verblendungen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.4 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung, jeweils im Original.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Premium plus (P1) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif P1 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif P1 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers für Zahnersatz und Kieferorthopädie

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif P1 versicherten Leistungen werden angerechnet. Besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der GKV, ist die versicherte Person verpflichtet, diese Leistungen vorab zu beantragen und in Anspruch zu nehmen.

2.3 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich der anzurechnenden Vorleistungen der GKV und Erstattungen Dritter

zu 90 %,

mindestens jedoch den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Erstattet werden jedoch höchstens die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen (siehe Nr. 2.2).

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR

zu 90 %

oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

In Erweiterung von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit die den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
 - Material- und Laborkostenrechnung;
 - bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt
- jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnerisch ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif P1 versicherten Leistungen werden angerechnet.

3.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1) zu 100 %.

Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1) zu 100 %.

4. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Comfort plus (P2) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif P2 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif P2 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers für Zahnersatz und Kieferorthopädie

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif P2 versicherten Leistungen werden angerechnet. Besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der GKV, ist die versicherte Person verpflichtet, diese Leistungen vorab zu beantragen und in Anspruch zu nehmen.

2.3 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich der anzurechnenden Vorleistungen der GKV und Erstattungen Dritter

zu 70 %,

mindestens jedoch den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Erstattet werden jedoch höchstens die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen (siehe Nr. 2.2).

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

zu 70 %

oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR

zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inkl. Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie

- Material- und Laborkosten
für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inklusive hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit die den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt, jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif P2 versicherten Leistungen werden angerechnet.

3.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1) zu 100 %.
- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1) zu 100 %.

4. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Classic plus (P3) - Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif P3 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif P3 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers für Zahnersatz und Kieferorthopädie

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet für die erstattungsfähigen Aufwendungen den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde.

Erstattet werden jedoch höchstens die nach Anrechnung der Vorleistung der GKV und Erstattungen Dritter aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif P3 versicherten Leistungen für Zahnersatz verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.3 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, Verblendungen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.4 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung, jeweils im Original.

3. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet. Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif P3 versicherten Leistungen werden angerechnet.

3.1 Sehhilfen

Erstattet werden

- Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1) zu 100 %.
- Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

3.2 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 3 Satz 1) zu 100 %.

4. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif NaturMedizin (N1) - Zusatzversicherung für ambulante Behandlung mittels Naturheilverfahren

gültig ab 01.01.2011

Der Tarif N1 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif N1 können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2009).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet nach Anrechnung etwaiger Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif N1 versicherten Leistungen die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung durch Ärzte, einschließlich der Ärzte in Krankenhausambulanzen und in zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen Versorgungszentren, oder Heilpraktiker mittels Naturheilverfahren sowie der hierzu von einem Arzt oder Heilpraktiker verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel:

- innerhalb der ersten 2 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn bis zu einem Erstattungsbetrag von 400 EUR zu 80 %;
- ab dem dritten Kalenderjahr seit Versicherungsbeginn innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von 2.400 EUR zu 80 %.

Die Honorare für Leistungen von Heilpraktikern sind, abweichend von § 5 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009, bis zu den Höchstsätzen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

2.1

Naturheilverfahren

Als erstattungsfähige Naturheilverfahren im Sinne dieses Tarifs gelten in Erweiterung von § 4 Absatz 6 Teil I AVB/KK 2009 alle im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Hufelandverzeichnis) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Verfahren sowie die Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im Rahmen einer solchen Behandlung von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Zuzahlungen nach §§ 31, 61 SGB V;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;

4. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

5. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Mitglieder premium (M1) - Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen

gültig ab 01.02.2011

Tarif M1 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif M1 versicherbar sind Mitglieder von Genossenschaften, deren Ehegatten bzw. in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten und Kinder (Kinder sind versicherbar bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres), sofern diese Personen bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Versicherungsnehmer muss das Genossenschaftsmitglied sein.

Ferner sind versicherbar Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wenn diese Krankenkasse mit dem Versicherer eine entsprechende Vereinbarung zu diesem Tarif getroffen hat.

Der Versicherer kann einen Nachweis der Mitgliedschaft bzw. Versicherung in der GKV verlangen.

2. Beendigung der Versicherung

In Erweiterung der §§ 13 bis 15 AVB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif M1 mit dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer ein solches Ausscheiden unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mit Ausnahme des Ausscheidens wegen Wegfalls der Versicherung in der GKV wird die Versicherung nach Tarif M1 ab dem Ersten des Monats, der dem Zeitpunkt des Ausscheidens folgt, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nach den Tarifen P1 und ZV fortgeführt, ohne dass es eines gesonderten Antrags bedarf.

3. Leistungen des Versicherers für Zahnvorsorge, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

3.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

3.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif M1 versicherten Leistungen werden, soweit nicht anders geregelt, angerechnet. Besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der GKV, ist die versicherte Person verpflichtet, diese Leistungen vorab zu beantragen und in Anspruch zu nehmen.

3.3 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich der anzurechnenden Vorleistungen der GKV und Erstattungen Dritter

zu 90 %,

mindestens jedoch den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Erstattet werden jedoch höchstens die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen (siehe 3.2).

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz

notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

3.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

3.5 Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Versicherer erstattet maximal einmal je Kalenderjahr Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen zu 100 %.

Hierzu zählen z. B.

- Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

3.6 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für

- Kunststofffüllungen zu 100 %,
- Wurzel- bzw. Parodontosebehandlungen sowie Knirscherschienen (ausgenommen solche, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind) zu 100 %, sofern die Aufwendungen nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen und diese auch keine Leistungen erbracht hat;
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, soweit sie für Maßnahmen nach Nr. 3.6 erforderlich sind zu 100 %.

3.7 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR zu 90 %
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

3.8 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendigen Leistungen nach Nrn. 3.3 - 3.7.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

In Erweiterung von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

3.9 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009), jeweils im Original:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;

- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnbehandlung und Zahnersatz einen Nachweis über die Vorleistung der GKV bzw. über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung oder Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

4. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

- Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet.
- 4.1 Vorleistungen**
Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif M1 versicherten Leistungen werden angerechnet.
- 4.2 Sehhilfen**
Erstattet werden
Sehhilfen (z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen) unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren, siehe Nr. 4 Satz 1 zu 100 %.
Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik) sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.
- 4.3 Vorsorgeuntersuchungen**
Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1) zu 100 %.

5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

6. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

7. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Mitglieder comfort (M2) - Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen

gültig ab 01.02.2011

Tarif M2 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif M2 versicherbar sind Mitglieder von Genossenschaften, deren Ehegatten bzw. in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten und Kinder (Kinder sind versicherbar bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres), sofern diese Personen bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Versicherungsnehmer muss das Genossenschaftsmitglied sein.

Ferner sind versicherbar Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wenn diese Krankenkasse mit dem Versicherer eine entsprechende Vereinbarung zu diesem Tarif getroffen hat.

Der Versicherer kann einen Nachweis der Mitgliedschaft bzw. Versicherung in der GKV verlangen.

2. Beendigung der Versicherung

In Erweiterung der §§ 13 bis 15 AVB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif M2 mit dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer ein solches Ausscheiden unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mit Ausnahme des Ausscheidens wegen Wegfalls der Versicherung in der GKV wird die Versicherung nach Tarif M2 ab dem Ersten des Monats, der dem Zeitpunkt des Ausscheidens folgt, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nach den Tarifen P2 und ZV fortgeführt, ohne dass es eines gesonderten Antrags bedarf.

3. Leistungen des Versicherers für Zahnvorsorge, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

3.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

3.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif M2 versicherten Leistungen werden, soweit nicht anders geregelt, angerechnet. Besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der GKV, ist die versicherte Person verpflichtet, diese Leistungen vorab zu beantragen und in Anspruch zu nehmen.

3.3 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich der anzurechnenden Vorleistungen der GKV und Erstattungen Dritter

zu 90 %,

mindestens jedoch den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Erstattet werden jedoch höchstens die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen (siehe 3.2).

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz

notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

3.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr 1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr 2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr 3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr 4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

3.5 Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Versicherer erstattet maximal einmal je Kalenderjahr Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen zu 100 %.

Hierzu zählen z. B.

- Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

3.6 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für

- Kunststofffüllungen zu 100 %,
- Wurzel- bzw. Parodontosebehandlungen sowie Knirscherschienen (ausgenommen solche, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind) zu 100 %, sofern die Aufwendungen nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen und diese auch keine Leistungen erbracht hat;
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, soweit sie für Maßnahmen nach Nr. 3.6 erforderlich sind zu 100 %.

3.7 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR zu 70 %
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

3.8 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendigen Leistungen nach Nrn. 3.3 - 3.7.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

3.9 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009), jeweils im Original:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnbehandlung und Zahnersatz einen Nachweis über die Vorleistungen der GKV bzw. über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung oder Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

4. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet.

4.1 Vorleistungen

Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif M2 versicherten Leistungen werden angerechnet.

4.2 Sehhilfen

Erstattet werden

Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1) zu 100 %.

Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. Lasik) sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

4.3 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1) zu 100 %.

5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

6. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

7. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

Tarif Mitglieder classic (M3) - Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen

gültig ab 01.02.2011

Tarif M3 gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2009)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif M3 versicherbar sind Mitglieder von Genossenschaften, deren Ehegatten bzw. in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten und Kinder (Kinder sind versicherbar bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres), sofern diese Personen bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Versicherungsnehmer muss das Genossenschaftsmitglied sein.

Ferner sind versicherbar Personen, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wenn diese Krankenkasse mit dem Versicherer eine entsprechende Vereinbarung zu diesem Tarif getroffen hat.

Der Versicherer kann einen Nachweis der Mitgliedschaft bzw. Versicherung in der GKV verlangen.

2. Beendigung der Versicherung

In Erweiterung der §§ 13 bis 15 AVB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif M3 mit dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer ein solches Ausscheiden unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Mit Ausnahme des Ausscheidens wegen Wegfalls der Versicherung in der GKV wird die Versicherung nach Tarif M3 ab dem Ersten des Monats, der dem Zeitpunkt des Ausscheidens folgt, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nach den Tarifen P3 und ZV fortgeführt, ohne dass es eines gesonderten Antrags bedarf.

3. Leistungen des Versicherers für Zahnvorsorge, Zahnbehandlung und Zahnersatz

3.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne bzw. für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für kieferorthopädische Behandlung, soweit die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

3.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif M3 versicherten Leistungen werden, soweit nicht anders geregelt, angerechnet. Besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der GKV, ist die versicherte Person verpflichtet, diese Leistungen vorab zu beantragen und in Anspruch zu nehmen.

3.3 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde.

Erstattet werden jedoch höchstens die nach Anrechnung der Vorleistung der GKV und Erstattungen Dritter aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif M3 versicherten Leistungen für Zahnersatz verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, Verblendungen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

3.4 Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Versicherer erstattet maximal einmal je Kalenderjahr Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen zu 100 %.
Hierzu zählen z. B.

- Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

3.5 Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für

- Kunststofffüllungen zu 100 %,
- Wurzel- bzw. Parodontosebehandlungen sowie Knirscherschienen (ausgenommen solche, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind) zu 100 %, sofern die Aufwendungen nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen und diese auch keine Leistungen erbracht hat;
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, soweit sie für Maßnahmen nach Nr. 3.5 erforderlich sind zu 100 %.

3.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendigen Leistungen nach Nrn. 3.3 - 3.5.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

3.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Nr. 1 Teil II AVB/KK 2009), jeweils im Original:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnbehandlung und Zahnersatz einen Nachweis über die Vorleistungen der GKV bzw. über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung oder Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt.

4. Leistungen des Versicherers für Sehhilfen und Vorsorge

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu den genannten Höchstgrenzen erstattet.

4.1 Vorleistungen

Etwaige Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen mit Anspruch auf Kostenerstattung für die nach Tarif M3 versicherten Leistungen werden angerechnet.

4.2 Sehhilfen

Erstattet werden

Sehhilfen, z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen, unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1) zu 100 %.

Aufwendungen für Laser-Operationen zur Sehschärfenkorrektur, z. B. Lasik, sind den Aufwendungen für Sehhilfen gleichgestellt.

4.3 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren (siehe Nr. 4 Satz 1) zu 100 %.

5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

6. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2009, keine Wartezeiten.

7. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.

WBET, BET - Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter

gültig ab 01.01.2009

Es gelten, soweit sie nicht nachfolgend geändert werden, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK):

Teil I Musterbedingungen 2009

Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in WBET

Zusätzlich zu einem Tarif EP, MP oder TN können die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter mit der Bezeichnung "WBET" vereinbart werden. Aufnahmefähig sind Personen mit einem Eintrittsalter (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) zwischen 16 und 60 Jahren. Die monatliche Beitragsentlastung kann in Stufen von je 5 EUR vereinbart werden, maximal 80 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses aktuellen Beitrages des für die versicherte Person bestehenden Tarifes nach Satz 1. Die 80 %-Grenze gilt auch bei einer Vertragsänderung vor dem Einsetzen der Beitragsentlastung, bezogen auf den danach für einen Tarif nach Satz 1 geltenden Beitrag, wobei der Beitragsanteil der Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter unberücksichtigt bleibt. Ist ein Tarif nach Satz 1 in Anwartschaft gestellt, wird für die Berechnung der 80 %-Grenze der Beitrag zugrunde gelegt, der ohne Berücksichtigung der Anwartschaft gelten würde.

2. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in BET

Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter unter der Bezeichnung "BET" können für jede versicherte Person vereinbart werden, für die beim Versicherer mindestens ein Krankheitskostentarif besteht, für den eine Alterungsrückstellung gemäß § 8a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2009 gebildet wird; ausgenommen sind Tarife nach Nr. 1. Aufnahmefähig sind Personen mit einem Eintrittsalter (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) zwischen 16 und 60 Jahren. Die monatliche Beitragsentlastung kann in Stufen von je 5 EUR vereinbart werden, maximal 80 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses aktuellen Beitrages aller für die versicherte Person bestehenden Krankheitskostentarife nach Satz 1. Die 80 %-Grenze gilt auch bei einer Vertragsänderung vor dem Einsetzen der Beitragsentlastung, bezogen auf den danach für die Krankheitskostentarife nach Satz 1 geltenden Beitrag, wobei der Beitragsanteil der Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter unberücksichtigt bleibt. Sind Krankheitskostentarife in Anwartschaft gestellt, wird für die Berechnung der 80 %-Grenze der Beitrag zugrunde gelegt, der ohne Berücksichtigung der Anwartschaft gelten würde.

3. Beitragsermäßigung

Ab 01.07. des Kalenderjahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, verringern sich die monatlichen Beitragsraten in der Krankheitskostenversicherung nach Nr. 1 bzw. Nr. 2 um die vereinbarte Beitragsentlastung. Wenn die Beitragsentlastung einsetzt oder bereits eingesetzt hat und den Beitrag der Krankheitskostentarife gemäß Nr. 1 bzw. Nr. 2 rechnerisch übersteigt, ist eine Auszahlung des Differenzbetrages ausgeschlossen. Die aus dem Differenzbetrag resultierende Alterungsrückstellung wird der Rückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter des Versicherten zugeführt.

4. Dynamische Änderung des Entlastungsbetrages

Erhöhen sich die Beiträge in einem für die versicherte Person bestehenden Krankheitskostentarif gem. Nr. 1 bzw. Nr. 2 infolge einer Beitragsanpassung, kann dem Versicherungsnehmer eine Erhöhung des Beitragsentlastungsbetrages angeboten werden, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsanpassung das Alter 55 Jahre noch nicht überschritten hat. Die Einzelheiten des Erhöhungsangebotes werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor deren Wirksamwerden mitgeteilt.

Das Erhöhungsangebot gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er es nicht spätestens einen Monat nach Wirksamwerden schriftlich ablehnt. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherer bei Zusendung des Angebotes nochmals besonders hinweisen.

5. Beiträge

Die Beiträge, die von Krankheitskostenversicherten im Sinne von Nr. 1 bzw. Nr. 2 für die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter zusätzlich zu zahlen sind, sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie sind auch nach Wirksamwerden der Beitragsentlastung weiter zu zahlen und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung der versicherten Person.

6. Beitragsanpassung

Der Versicherer vergleicht jährlich die künftigen erforderlichen Versicherungsleistungen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Aufwendungen für die Beitragsentlastung im Alter und die sich daraus errechnende Prämie. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung kann die Prämie entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders neu festgesetzt werden.

7. Beendigung

7.1 **Beendigung der Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter**

Der Versicherungsnehmer kann die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (Kalenderjahres) mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne Personen beschränkt werden.

Die bis zum Beendigungszeitpunkt der Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter gebildete Alterungsrückstellung wird entsprechend den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten versicherungsmathematischen Grundsätzen in einen sofortigen Beitragsnachlass in den für die versicherte Person bestehenden Krankheitskostentariifen gemäß Nr. 1 bzw. Nr. 2 umgewandelt, wobei der niedrigste Erwachsenenbeitrag nicht unterschritten werden darf. Ein nicht gut gebrachter Teil der Alterungsrückstellung wird der Rückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter des Versicherten zugeführt.

7.2 **Beendigung der Krankheitskostentariife**

Bei Beendigung aller für die versicherte Person gemäß Nr. 1 bzw. Nr. 2 bestehenden Krankheitskostentariife enden die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Tarife ZV und ZK für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (AVB/ZV, ZK)

gültig ab 01.07.2009

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen).
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen inklusive Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Aufnahmefähig sind Personen mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit endet mit dem Wegfall der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vergleiche auch § 1 Absatz 5 und § 15 Absatz 3). Darüber hinaus sind in Tarif ZK (siehe § 4 Absatz 1) nur Personen aufnahme- und versicherungsfähig, die das Alter 21 (Kalenderjahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr) noch nicht erreicht haben.
- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 15 Absatz 3). Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
- (6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.
- (7) 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 Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes gegebenenfalls Wartezeiten einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.
- (8) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (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 oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (vergleiche jedoch § 4 Absatz 1 Buchstabe e)).
- (2) Der Vertrag wird pro Person erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.
Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
- (3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge 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 erfolgt. Der erste Beitrag berechnet sich - gegebenenfalls rätierlich - ab diesem Tag. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.
Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.
- (4) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.
- a) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
In den Tarifen ZV (Buchstabe c)) und ZK (Buchstabe d)) sind nicht erstattungsfähig:
- Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der zahnärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) teilnehmenden Leistungserbringers (sogenannte Praxisgebühr).
 - Selbstbehalte, die für die Person in der GKV vereinbart wurden.
 - Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.
- In Tarif ZK sind darüber hinaus die Kosten nicht erstattungsfähig, die entstehen für die Feststellung von Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen und die Einordnung entsprechend der in der GKV geltenden Kieferorthopädischen Indikationsgruppen.
- b) Vorleistungen
Leistungen der GKV sind vorab in Anspruch zu nehmen. Leistungen aus den Tarifen ZV und ZK gehen den Leistungen aus anderen versicherten Tarifen der R+V Krankenversicherung AG vor.
- c) R+V-ZahnVorsorge: Tarif ZV
In Tarif ZV sind die folgenden Aufwendungen erstattungsfähig:
1. Kunststofffüllungen zu 100 %.
 2. Wurzel- bzw. Parodontosebehandlungen sowie Knirscherschienen (jedoch nicht solche, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind) zu 100 %,
sofern die Aufwendungen nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen und diese auch keine Leistungen erbracht hat.
Im Rahmen von Nrn. 1 und 2 sind auch damit verbundene funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die zahntechnischen Material- und Laborkosten erstattungsfähig.
 3. Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie zu 100 %,
sofern die Maßnahmen im unmittelbaren Zusammenhang mit den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nrn. 1 oder 2 stehen.

4. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen zu 100 %.
Die Aufwendungen hierfür werden maximal einmal je Kalenderjahr erstattet.
Hierzu zählen z. B.
- Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
 - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
 - Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
 - Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung),
 - Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
 - Fissurenversiegelung.

5. Leistungsstaffel
Der Erstattungsbetrag für die Aufwendungen nach Nrn. 1 bis 4 beträgt insgesamt je Person
- im 1. Kalenderjahr maximal 250 EUR,
 - im 2. Kalenderjahr maximal 500 EUR.
- Ab dem 3. Kalenderjahr (das 1. Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) gilt keine Begrenzung.
Die Begrenzung entfällt jeweils für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

d) R+V-Kinder-Zahnkorrektur: Tarif ZK

In Tarif ZK sind die folgenden Aufwendungen erstattungsfähig:

1. Kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.
 1. Unfallbedingte kieferorthopädische Behandlung zu 100 %
bis zu insgesamt 5.000 EUR je Person für die medizinisch notwendige Heilbehandlung von Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen, die in die sogenannten Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 oder 2 entsprechend der in der GKV geltenden Einstufung fallen, wenn die Behandlung nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen ist.
 2. Nicht unfallbedingte kieferorthopädische Behandlung zu 100 %
bis zu insgesamt 2.500 EUR je Person für die medizinisch notwendige Heilbehandlung von Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen, die in die sogenannten Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 oder 2 entsprechend der in der GKV geltenden Einstufung fallen
2. Rooming-in zu 100%
für die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer erwachsenen Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr, wenn die stationäre Behandlung eines nach Tarif ZK versicherten Kindes vor Vollendung des 10. Lebensjahres begonnen hat.
3. Nachhilfeunterricht zu 100 %
bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns), wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes notwendig ist. Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn des Nachhilfeunterrichtes dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Ausgeschlossen sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

e) Umstellung von Tarif ZK in Tarif ZV

Tarif ZK endet am 31.12. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet. Zum 01.01. des darauf folgenden Kalenderjahres erfolgt die Umstellung in Tarif ZV, ohne dass es eines Antrages des Versicherungsnehmers bedarf und ohne Risikoprüfung.

Ab diesem Zeitpunkt ist der Neuzugangsbeitrag des Tarifes ZV in der Altersgruppe 21 - 65 zu zahlen. Die automatische Umstellung von Tarif ZK in Tarif ZV gilt nicht als Vertragsänderung im Sinne des § 2 Absatz 1 Satz 4 bzw. § 8 a Absatz 4.

Der Versicherungsnehmer kann das betreffende Versicherungsverhältnis nach § 13 Absatz 4 kündigen.

- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei.
(3) Zahnärztliche Leistungen umfassen die gesamte zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte.

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
 - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
 - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
- Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Absatz 5 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.
- (7) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung bzw. sonstige Maßnahme erfolgt.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. für Ärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten.
 - für Aufwendungen, die für ärztliche Gutachten und Atteste entstehen, die privaten oder dienstlichen Zwecken dienen.
 - für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.
 - für Behandlung durch Zahnärzte und in Krankenanstalten deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
 - für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Dies gilt auch für Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen, die in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mit versichert sind.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- a) Als Nachweis sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Behandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum.
Die Höhe der Vorleistung der GKV muss vermerkt sein. (In diesem Fall genügt eine Kopie mit dem Originalerstattungsvermerk der GKV.) Dabei kann die Vorleistung auch Null betragen.
Die Einstufung in die in der GKV geltenden Kieferorthopädischen Indikationsgruppen 1 oder 2 ist bei der ersten Beantragung von kieferorthopädischen Leistungen nach Tarif ZK einzureichen.
- b) Werden die Kosten für Rooming-in oder Nachhilfe beantragt, genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Aufenthaltes. Die Bescheinigung muss außerdem enthalten: Name, Geburtsdatum und Adresse der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, eventuelle Beurlaubungstage und bei Rooming-in die hierfür entstandenen Kosten. Hinsichtlich Rooming-in-Leistungen gilt § 6 Absatz 1 Buchstabe a) Sätze 3 bis 5 entsprechend.
Die Kosten der Nachhilfe müssen außerdem nachgewiesen werden durch Vorlage einer Originalrechnung, aus der der Name des Schülers, dessen Geburtsdatum und Adresse, die Zeiten des Unterrichts mit Rechnungsbeträgen sowie Name und Adresse des Rechnungsausstellers und das Ausstellungsdatum hervorgehen.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) 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.
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.
Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 0 - 20 und in Tarif ZV für Alter 21 - 65 sowie ab 66 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 01. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.
- (3) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Beiträge sind nach Art der Schadenversicherung, somit ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- und Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) 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.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.
Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach Auffassung des Versicherers die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist sie verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren (vergleiche § 2 Absatz 2) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für eine andere Altersgruppe gilt, 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.
- (4) Bei Umstellung von Tarif ZK in Tarif ZV nach § 4 Absatz 1 Buchstabe e) kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Umstellung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) 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 Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) 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.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
- (4) Liegt ein Ehescheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die Eingetragenen Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten/Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Vertragsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben.
- (5) Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und angemessen sind. Als Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen gelten auch Änderungen des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V), sofern es sich um Regelungen im Zusammenhang mit den Leistungen der Tarife ZV und ZK handelt. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2009) (Teil I
Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2009)**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 3 Wartezeiten	3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	4
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	6
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	7
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	8
Pflichten des Versicherungsnehmers	8
§ 8 Beitragszahlung	8
§ 8a Beitragsberechnung	9
§ 8 b Beitragsanpassung	10
§ 9 Obliegenheiten	10
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	10
§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit	11
§ 12 Aufrechnung	11
Ende der Versicherung	11
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	11
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	12
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	12
Sonstige Bestimmungen	13
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	13
§ 17 Gerichtsstand	13
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	14

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2009) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2009)

gültig ab 01.01.2009

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaussfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) 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 Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.
- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
- (8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 1 Absatz 2 Teil I AVB/KT 2009:
Wiederholte Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 6 Monaten
Tritt innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.
2. Zu § 1 Absatz 5 Teil I AVB/KT 2009:
Besondere Vereinbarung bei Leistungsbezug der Bundesanstalt für Arbeit
Arbeitslose mit Leistungsbezug der Bundesanstalt für Arbeit sowie Teilnehmer an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung der Bundesanstalt für Arbeit, die gem. § 8 Absatz 1 Nr. 1 a) V. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) von der Versicherungspflicht befreit sind, können ihre Krankentagegeldversicherung im Rahmen einer Besonderen Vereinbarung mit dem Versicherer fortsetzen, sofern die Krankentagegeldversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenvollversicherung bestand und weiter besteht.
3. Zu § 1 Absatz 7 Teil I AVB/KT 2009:
Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland
 - a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu 6 Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das europäische Ausland geltenden Umfangs.
 - b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes**I Musterbedingungen 2009**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 2 Teil I AVB/KT 2009:
Vertragsdauer
Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.
2. Zu § 2 Teil I AVB/KT 2009:
Versicherungsjahr
Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten**I Musterbedingungen 2009**

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

- (5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderung gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II **Tarifbedingungen 2009**

1. Zu § 3 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2009:
Verzicht auf besondere Wartezeiten bei Unfällen
Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.
2. Zu § 3 Absatz 4 Teil I AVB/KT 2009:
Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung
Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluß mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird.
Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.
Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.
3. Zu § 3 Absatz 5 Teil I AVB/KT 2009:
Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst
Das Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst von Beamten mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge wird dem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I **Musterbedingungen 2009**

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
- (4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
- (5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
- (6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen.
Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

- (8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leistung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 4 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2009:

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

- a) Der Versicherer wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) Beträge mindestens in der vom Gesetzgeber geforderten Höhe zuführen.
- b) Über die Verwendung der Mittel und der RfB entscheidet der Vorstand mit Zustimmung des Treuhänders. Die Mittel können zur Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen (Beitragsanpassung) dienen.
- c) Verbleibende Beträge können auch zur Beitragsrückerstattung an die Versicherten verwendet werden. Die Höhe einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift und die berechtigten Tarife werden jeweils vom Vorstand festgelegt. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entsteht mit dem Ablauf eines Kalenderjahres, wenn die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr nach den festgelegten Tarifen versichert war und hieraus keine Versicherungsleistungen erbracht wurden, es sei denn, der Vorstand legt für das Kalenderjahr, für das die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird, fest, dass eine teilweise Leistungsfreiheit ausreicht. In diesem Fall wird der Versicherungsnehmer entsprechend informiert.

Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entfällt jedoch, wenn

- für die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr weniger als 12 monatliche Beitragsraten in den festgelegten Tarifen fällig waren,
- im abgelaufenen Kalenderjahr eine Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung bestand,
- die fälligen Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr zum Zeitpunkt der Auszahlung bzw. Gutschrift der Beitragsrückerstattung nicht vollständig - gegebenenfalls inklusive Mahnkosten - gezahlt waren,
- die Versicherung dieser Person in den festgelegten Tarifen oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhensvereinbarung am 01. Juli des Folgejahres nicht mehr besteht, es sei denn, diese Versicherung endete durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung.

Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann auch davon abhängig gemacht werden, dass die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinanderfolgende Kalenderjahre erfüllt sind. Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 01. Juli des Folgejahres vorgenommen.

- d) Die der RfB zugewiesenen Beträge werden ausschließlich für die Überschussbeteiligung der Versicherten verwendet. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die RfB, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

2. Zu § 4 Absatz 2 Teil I AVB/KT 2009:

Versicherbares Krankentagegeld

Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes für Arbeitnehmer können jedoch solche Krankentagegelder unberücksichtigt bleiben, die für Beitragszahlungen zur Abdeckung von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung bestimmt sind.

3. Zu § 4 Absatz 3 und 4 Teil I AVB/KT 2009:

Verlängerung der Gehaltsfortzahlung

- a) Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.

- b) Entsprechend § 4 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2009 ist bei einer nicht nur vorübergehenden Verlängerung der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
 - c) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Gehalt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, so kann er entsprechend § 4 Absatz 4 Teil I AVB/KT 2009 ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis auf die der Gehaltsfortzahlung entsprechende längere Karenzzeit umstellen.
 - d) Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
4. Zu § 4 Absatz 4 Teil I AVB/KT 2009:
Anpassung des Krankentagegeldes bei Erhöhung des Nettogehalts
- a) Für Gehaltsempfänger in einem festen Arbeitsverhältnis wird bei einer Erhöhung des Nettogehalts auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagegeld im Rahmen der bestehenden Tarife entsprechend angepasst. Dabei finden grundsätzlich die Bestimmungen des § 3 Absatz 6 Teil I AVB/KT 2009 Anwendung. Für die Anpassung entfallen jedoch erneute Wartezeiten und eine erneute Risikoprüfung, wenn der Antrag auf Anpassung spätestens innerhalb von 2 Monaten nach der Gehaltserhöhung gestellt wird.
 - b) Wirksam wird die Anpassung zu dem Monatsbeginn, der dem Antragseingang beim Versicherer folgt, frühestens jedoch zu Beginn des Monats, für den die Gehaltserhöhung gilt. Laufende Versicherungsfälle werden durch die Anpassung nicht betroffen.
 - c) Der Zeitpunkt der Erhöhung und die Veränderung des Gehaltes sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.
5. Zu § 4 Absatz 9 Teil I AVB/KT 2009:
Gemischte Anstalten
Abweichend von § 4 Absatz 9 Teil I AVB/KT 2009 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
 - c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
 - d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
6. Zu § 4 Absatz 9 Teil I AVB/KT 2009:
Anschlussheilbehandlung
Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Absatz 9 Teil I AVB/KT 2009 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.
Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I Musterbedingungen 2009

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
 - d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
 - f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vergleiche § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
 - g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 5 Absatz 1 c) Teil I AVB/KT 2009:

Bewusstseinsstörungen

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

2. Zu § 5 Absatz 1 d) Teil I AVB/KT 2009:

Leistung bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt, Entbindung

Abweichend von § 5 Absatz 1 d) Teil I AVB/KT 2009 besteht ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbot werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet.

3. Zu § 5 Absatz 1 e) Teil I AVB/KT 2009:

Leistung bei Entbindung

Für die Zeit der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz wird unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit und unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn bei Entbindung nach Vorlage der amtlichen Geburtskunde eine Pauschale in Höhe des 12fachen vereinbarten Krankentagegeldes gezahlt. Dies gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige.

Wird ein höherer Tagessatz wegen Veränderung der Karenzzeit aufgrund einer längeren Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber vereinbart, gilt diese Tagegeldhöhung nicht für die Berechnung der Pauschale bei Entbindung (vergleiche Tarif).

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) 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.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 6 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2009:

Leistungsunterlagen

Das Krankentagegeld wird 14tägig nachträglich gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie der Art der Erkrankung gezahlt. Dabei ist möglichst ein Vordruck des Versicherers zu verwenden.

2. Zu § 6 Absatz 4 Teil I AVB/KT 2009:

Überweisungskosten

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**I Musterbedingungen 2009**

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Absatz 1 Buchstabe a) oder b).

II Tarifbedingungen 2009

Keine Tarifbedingungen

Pflichten des Versicherungsnehmers**§ 8 Beitragszahlung****I Musterbedingungen 2009**

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) 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.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 (siehe Anhang) 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.
- (6) 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 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 8 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2009:

Beitragsrate

a) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

b) Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind ohne Beitragszuschlag mitversichert.

2. Zu § 8 Absatz 3 Teil I AVB/KT 2009:

Fälligkeit des Erstbeitrages

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

3. Zu § 8 Absatz 5 Teil I AVB/KT 2009:

Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen, die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

§ 8a Beitragsberechnung

I Musterbedingungen 2009

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

(2) 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.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Beitragsänderungen 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 Geschäftsbereich des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 8a Absatz 2 Teil I AVB/KT 2009:

Beitragsberechnung

a) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

b) Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

2. Zu § 8a Absatz 3 Teil I AVB/KT 2009:

Beitragszuschläge

§ 8 a Absatz 3 Teil I AVB/KT 2009 gilt entsprechend für vereinbarte Beitragszuschläge.

§ 8 b Beitragsanpassung

I Musterbedingungen 2009

- (1) 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 jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II Tarifbedingungen 2009

Zu § 8 b Teil I AVB/KT 2009:

Beitragszuschläge

§ 8 b Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Teil I AVB/KT 2009 gelten entsprechend für eventuell vereinbarte Beitragszuschläge.

§ 9 Obliegenheiten

I Musterbedingungen 2009

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) 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 geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

II Tarifbedingungen 2009

Zu § 9 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2009:

Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der für den jeweiligen Tarif vorgesehenen bzw. der vereinbarten Karenzzeit anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist - möglichst auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordruck - alle zwei Wochen nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

- (2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

II Tarifbedingungen 2009

Keine Tarifbedingungen

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit**I Musterbedingungen 2009**

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vergleiche § 15 Absatz 1 Buchstabe b)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

II Tarifbedingungen 2009

Zu § 11 Teil I AVB/KT 2009:

Bezug von Altersrente

Der Bezug von Altersrente (vergleiche § 15 Absatz 1 Buchstabe c)) ist dem Versicherer ebenfalls unverzüglich anzuzeigen. Im Übrigen gilt auch hier § 11 Satz 2 Teil I AVB/KT 2009.

§ 12 Aufrechnung**I Musterbedingungen 2009**

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.

II Tarifbedingungen 2009

Keine Tarifbedingungen

Ende der Versicherung**§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer****I Musterbedingungen 2009**

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, 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 und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

- (5) 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 zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) 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.

II **Tarifbedingungen 2009**

Zu § 13 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2009:

Versicherungsjahr und Vertragsdauer

Vergleiche § 2 Nrn. 1 und 2 Teil II

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I **Musterbedingungen 2009**

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Absatz 3.

II **Tarifbedingungen 2009**

Zu § 14 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2009:

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Absatz 1 Teil I AVB/KT 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht, solange für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer besteht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I **Musterbedingungen 2009**

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
 - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.
Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
 - b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;
 - d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

II Tarifbedingungen 2009

1. Zu § 15 Teil I AVB/KT 2009:

Ehescheidungen, Getrenntleben

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben.

2. Zu § 15 Absatz 1 Buchstabe e) Teil I AVB/KT 2009:

Tätigkeitsgebiet des Versicherers

Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

3. Zu § 15 Absatz 1 Buchstabe a) und b) Teil I AVB/KT 2009:

Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit, für die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses, bei späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Nach Ablauf dieser Frist ist die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung nicht möglich.

4. Zu § 15 Absatz 1 Buchstabe c) Teil I AVB/KT:

Beendigung des Versicherungsverhältnisses

In Ergänzung zu § 15 Absatz 1 Buchstabe c) endet das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres. Sofern die Versicherungsfähigkeit in einem Krankentagegeldtarif (Nr. 1 Teil III Tarife TA) nachweislich weiterhin besteht, wird das Versicherungsverhältnis fortgeführt und endet spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

- I **Musterbedingungen 2009**
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.
- II **Tarifbedingungen 2009**
Keine Tarifbedingungen

§ 17 Gerichtsstand

- I **Musterbedingungen 2009**
- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat 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.

II Tarifbedingungen 2009
Keine Tarifbedingungen**§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**

I Musterbedingungen 2009

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

II Tarifbedingungen 2009
Keine Tarifbedingungen

Tarife TA-Krankentagegeld

gültig ab 01.01.2009

Die Tarife TA gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2009

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1 In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.
- 1.2 Nach den Tarifen TA2, TA4, TA6, TA13, TA26 sind versicherungsfähig:
Selbständige mit Einkommen aus beruflicher Tätigkeit.
Nach den Tarifen TA6, TA13, TA26 sind versicherungsfähig:
Arbeitnehmer in einem festen Anstellungsverhältnis.
- 1.3 Das Krankentagegeld muss mindestens 10 EUR betragen.

2. Versicherungsleistungen

- 2.1 Ist der Versicherte infolge einer Krankheit oder eines Unfalles völlig (100 %) arbeitsunfähig, wird gezahlt:
Das versicherte Krankentagegeld - auch für Sonn- und Feiertage - ohne zeitliche Begrenzung.
- 2.2 Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt im Tarif:
TA2 nach einer Karenzzeit von 2 Wochen, d. h. am 15. Tag
TA4 nach einer Karenzzeit von 4 Wochen, d. h. am 29. Tag
TA6 nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. am 43. Tag
TA13 nach einer Karenzzeit von 13 Wochen, d. h. am 92. Tag
TA26 nach einer Karenzzeit von 26 Wochen, d. h. am 183. Tag
ab Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit.
- 2.3 Abweichende Karenzzeiten bei Arbeitnehmern
Entsprechend der Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber ist in den Tarifen TA6, TA13 und TA26 die Vereinbarung von weiteren Karenzzeiten möglich. Hierbei wird bei gleichbleibenden Beiträgen im Tarif mit der nächst kürzeren Karenzzeit ein entsprechend höherer Tagessatz gezahlt, z. B.:
- TA6:**
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|----------|
| Karenzzeit | 6 Wochen | Tagessatz | 5,00 EUR |
| Karenzzeit | 7 Wochen | Tagessatz | 5,30 EUR |
| Karenzzeit | 9 Wochen | Tagessatz | 5,90 EUR |
| Karenzzeit | 12 Wochen | Tagessatz | 6,80 EUR |
- (höchstmögliche Karenzzeit 12 Wochen)
- TA13:**
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|----------|
| Karenzzeit | 13 Wochen | Tagessatz | 5,00 EUR |
| Karenzzeit | 15 Wochen | Tagessatz | 5,60 EUR |
| Karenzzeit | 18 Wochen | Tagessatz | 6,50 EUR |
| Karenzzeit | 24 Wochen | Tagessatz | 8,30 EUR |
- (höchstmögliche Karenzzeit 25 Wochen)
- TA26:**
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|-----------|
| Karenzzeit | 26 Wochen | Tagessatz | 5,00 EUR |
| Karenzzeit | 30 Wochen | Tagessatz | 6,20 EUR |
| Karenzzeit | 39 Wochen | Tagessatz | 8,90 EUR |
| Karenzzeit | 51 Wochen | Tagessatz | 12,50 EUR |
- (höchstmögliche Karenzzeit 51 Wochen)

Für die Pauschale während der Mutterschutzfrist (§ 5 Nr. 2 Teil II AVB/KT 2009) gilt diese Tagegelderhöhung jedoch nicht.

Höhere Tagessätze sind entsprechend zu vervielfachen (siehe jedoch § 4 Absatz 2 Teil I AVB/KT 2009).

Tagessätze für andere Karenzzeiten sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt und werden auf Anfrage bekannt gegeben.

3. Beitragsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I AVB/KT 2009 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 10.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (AVB/PK)

gültig ab 01.01.2010

Der Versicherungsschutz

Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern sie in der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) mit Leistungsanspruch versichert sind.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld und erbringt, soweit vereinbart, sonstige Leistungen.
Das Pflegetagegeld kann in ganzen Vielfachen von 5 EUR vereinbart werden und muss mindestens 10 EUR betragen.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach §§ 14 bzw. 45a Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) Anhang.
Voraussetzung für einen Anspruch auf Leistungen ist, abhängig vom gewählten Tarif, die Zuordnung zu Pflegestufe I, II oder III nach § 15 SGB XI (Anhang) durch die SPV oder PPV bzw. die Feststellung einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz wegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen mit daraus resultierendem erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45a SGB XI (Anhang), ohne dass das für eine Einstufung in Pflegestufe I erforderliche Ausmaß erreicht wird (nachfolgend Pflegestufe 0 genannt), durch die SPV bzw. PPV.
- (3) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/PK) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers ist die Bundesrepublik Deutschland.
- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.
Darüber hinaus erstreckt er sich auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wenn und solange die Versicherung in der SPV bzw. PPV mit Leistungsanspruch weiterbesteht.
Der Versicherungsschutz kann bei Wegzug ins Ausland durch besondere Vereinbarung (siehe § 15) auch auf Aufenthalte im Ausland, während derer kein Leistungsanspruch aus der SPV bzw. PPV besteht, ausgedehnt werden.
- (7) 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 Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes eine etwaige tarifliche Wartezeit des neuen Tarifs einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (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 oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate nach dem jeweiligen Tarif beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.
- (3) 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 Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

Für diesen Tarif gilt keine Wartezeit.

§ 4 Leistungen des Versicherers

- (1) a) Tarif PK
Das zu zahlende Pflagegeld beträgt in Tarif PK für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit (siehe § 1 Absatz 2) bei Einstufung in
- | | |
|--|-------|
| Pflegestufe 0 (erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf) | 30 % |
| Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) | 30 % |
| Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) | 70 % |
| Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) | 100 % |
- des für die versicherte Person vereinbarten Tagessatzes.
- b) Tarif PK2
Das zu zahlende Pflagegeld beträgt in Tarif PK2 für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit (siehe § 1 Absatz 2) bei Einstufung in
- | | |
|--|-------|
| Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) | 70 % |
| Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) | 100 % |
- des für die versicherte Person vereinbarten Tagessatzes.
- c) Tarif PK3
Das zu zahlende Pflagegeld beträgt in Tarif PK3 für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit (siehe § 1 Absatz 2) bei Einstufung in
- | | |
|--|-------|
| Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) | 100 % |
|--|-------|
- des für die versicherte Person vereinbarten Tagessatzes.
- (2) Der Versicherer zahlt das tarifliche Pflagegeld ab dem ersten Tag der Pflegebedürftigkeit nach einer Pflegestufe, für die tariflich Leistungen vereinbart sind, wenn dem Versicherer der Antrag auf Leistung nach diesem Tarif innerhalb von sechs Monaten ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die SPV bzw. PPV zugeht. Bei Antragstellung nach Ablauf von sechs Monaten seit der Feststellung durch die SPV bzw. PPV zahlt der Versicherer das tarifliche Pflagegeld ab dem Datum des Zugangs des Antrages beim Versicherer.
Das Pflegegeld wird monatlich für den jeweils vorangegangenen Monat gezahlt. Ändert sich die Einstufung, ändert sich das zu zahlende Pflagegeld entsprechend. Entfällt die Leistungspflicht des Versicherers ganz oder teilweise (z. B. wegen Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe oder Wegfall der Pflegebedürftigkeit), so ist der Versicherungsnehmer zur Rückzahlung bereits gezahlter Pflagegelder, die auf Zeiten nach Wegfall der Pflegebedürftigkeit bzw. Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe entfallen, verpflichtet.

- (3) Beitragsfreistellung
Besteht für eine versicherte Person Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld nach einem Tarif PK wegen Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II (Tarife PK und PK2) oder III (Tarife PK, PK2 und PK3), stellt der Versicherer den Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person ab dem auf den Beginn der Leistungspflicht des Versicherers folgenden Monat von der Verpflichtung zur Beitragszahlung frei. Die Beitragsfreistellung endet mit Beginn des auf den Wegfall der Einstufung der versicherten Person in Pflegestufe II oder III folgenden Monats.
Ab diesem Zeitpunkt sind, gegebenenfalls rückwirkend, die dann geltenden Beiträge zu zahlen.
- (4) Dynamik
Der Versicherer erhöht das vereinbarte Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung planmäßig alle drei Jahre um 10 % des zuletzt vereinbarten Tagegeldsatzes.
Die erste Erhöhung erfolgt zum 1. Januar des 4. Kalenderjahres ab Versicherungsbeginn. Dabei wird der Tagessatz kaufmännisch auf volle 1 EUR gerundet.
Der für die Erhöhung zu zahlende Beitrag wird nach den in § 8a Absatz 2, 4 und 5 festgelegten Grundsätzen nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.
Der Anspruch auf planmäßige Erhöhung entfällt für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt einer Erhöhung einen Anspruch auf Leistungen aus der SPV bzw. PPV haben bzw. ohne Leistungsanspruch pflegebedürftig im Sinne § 1 Absatz 2 sind.
Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung in Textform über diese informiert. Die Erhöhung entfällt für die jeweilige versicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer der Erhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der Erhöhung widerspricht.
Wird für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden planmäßigen Erhöhungen widersprochen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
 - vorbehaltlich der Regelung des § 1 Absatz 6, solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt 6 Wochen im Kalenderjahr wird jedoch Pflegetagegeld weiter gezahlt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn ihm die von ihm geforderten Nachweise, Kopien des Erst- und aller Folgebescheide der SPV bzw. PPV nebst Kopien der zugrunde liegenden Gutachten, überlassen werden. Diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) 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.
- (4) Entstehen für eine vom Versicherungsnehmer bzw. der empfangsberechtigten versicherten Person gewünschte besondere Überweisungsform oder Überweisung ins Ausland Kosten, können diese von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Ist ein in der Zukunft liegender Versicherungsbeginn vereinbart, ist der erste Beitrag zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn zu zahlen.
Wird die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG 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.
Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Anwalts- und Gerichtskosten) erhoben werden.
- (4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (5) Die Beiträge sind an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt.
Als tarifliches Lebensalter gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.
Eintrittsalter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Für Kinder ist bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für Kinder zu zahlen. Ab Beginn des folgenden Jahres ist der für Versicherte mit Eintrittsalter 16 Jahre geltende Erwachsenenbeitrag zu zahlen.
- (4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (5) 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.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) 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 jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 Vomhundert, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.
- (3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. die Einstufung in eine höhere Pflegestufe durch die soziale Pflegeversicherung (SPV) bzw. private Pflegepflichtversicherung (PPV) ist dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Feststellung anzuzeigen und durch gleichzeitige Vorlage einer Kopie des Bescheids der SPV bzw. PPV nachzuweisen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Sie sind insbesondere verpflichtet, dem Versicherer Kopien der Erst- und aller Folgebescheide der SPV bzw. PPV nebst Kopien der zugrunde liegenden Gutachten zu überlassen. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
Von diesem Recht wird der Versicherer nur bei Bestehen einer Vereinbarung nach § 15 Absatz 3 Gebrauch machen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.
- (5) 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Wird die in § 9 Absatz 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht und Folgen bei Minderung oder Wegfall der Pflegestufe, Wegfall der Versicherungsfähigkeit bzw. der Berechtigung zur Dynamik

- (1) Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
Erlangt der Versicherer hiervon erst später Kenntnis, so ist der Versicherungsnehmer zur Rückzahlung bereits gezahlter Pflagegegelder, die auf Zeiten nach Wegfall der Pflegebedürftigkeit bzw. Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe entfallen, verpflichtet. Entfällt aufgrund des Wegfalls oder der Minderung der Pflegebedürftigkeit ein Anspruch auf Beitragsbefreiung, so sind die dann wieder fälligen Beiträge nachzuzahlen.
- (2) Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.
Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.
- (3) Wird eine versicherte Person pflegebedürftig im Sinne § 1 Absatz 2 ist dies dem Versicherer auch dann unverzüglich anzuzeigen, wenn eine Pflegestufe gegeben ist, für die nach dem vereinbarten Tarif kein Anspruch auf Pflagegegeld besteht.
Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst Kenntnis nachdem nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit eine planmäßige Erhöhung nach § 4 Absatz 4 durchgeführt wurde, so werden die betroffenen planmäßigen Erhöhungen rückgängig gemacht und beide Teile sind verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren.

§ 12 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.).

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel nach § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, 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 und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (4) 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 Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (5) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 5 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) 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 Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 6 Satz 2 genannten verlegt bzw. bei Verlegung in einen in § 1 Absatz 6 Satz 2 genannten Staat, wenn sie aus der SPV bzw. PPV keinen Leistungsanspruch mehr hat. Die Versicherung kann aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt werden.
Der Versicherer verpflichtet sich auf Antrag des Versicherungsnehmers gegen Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlags zu einer solchen Vereinbarung. Voraussetzung ist, dass der Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer vor der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes zugeht.
- (4) Liegt ein Ehescheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten/Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Vertragsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere wenn und soweit sich die gesetzlichen Grundlagen für die Leistungen, Pflegestufen oder Einstufungskriterien nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der SPV und PPV ändern, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV) (Teil I Tarifbedingungen)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 3 Wartezeit	3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	5
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	5
Pflichten des Versicherungsnehmers	5
§ 8 Beitragszahlung	5
§ 8a Beitragsberechnung	6
§ 8b Beitragsanpassung	7
§ 9 Obliegenheiten	7
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	7
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	8
§ 12 Aufrechnung	8
Ende der Versicherung	8
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	8
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	9
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	9
Sonstige Bestimmungen	9
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	9
§ 17 Gerichtsstand	9
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	10

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV) (Teil I Tarifbedingungen)

gültig ab 01.01.2009

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pfl egetagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- (6) Für die Erbringung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 - a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (schwer Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (schwerst Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- (7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (9) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen - AVB/PZV - einschließlich des Tarifs, sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.
- (10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.
- (12) 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 Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 5 und 6) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluß des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Für Neugeborene besteht Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- ein Elternteil ist am Tage der Geburt mindestens seit drei Monaten versichert,
 - die Anmeldung des Neugeborenen erfolgt spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend,
 - der Versicherungsschutz ist nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils.
- Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.
- (3) 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 Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn (§ 2 Absatz 1) an. Sie beträgt 3 Jahre.
- (2) Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt, in Tarif PT frühestens ab dem 92. Tag nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit und nach Ablauf der Wartezeit. Wird unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt Pflegebedürftigkeit festgestellt, so werden in Tarif PT die Krankenhausaufenthaltstage auf die Karenzzeit von 91 Tagen angerechnet.

- (2) Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind durch ärztliche Bescheinigungen in angemessenen Abständen nachzuweisen. Der Nachweis kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.
Nachweise, die im Rahmen der Pflege-Pflichtversicherung erbracht werden, gelten entsprechend für die Pflegezusatzversicherung. Die Kosten der Untersuchungen, die für die Erbringung des Nachweises notwendig sind, trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.
Bescheinigungen von Ehegatten, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.
- (3) Häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind, oder mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 SGB XI abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden sind.
- (4) Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.
- (5) Der Versicherer wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) Beträge mindestens in der vom Gesetzgeber geforderten Höhe zuführen. Über die Verwendung der Mittel aus der RfB entscheidet der Vorstand mit Zustimmung des Treuhänders. Weiter können die Mittel zur Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen (Beitragsanpassung) dienen. Verbleibende Beträge können auch zur Beitragsrückerstattung an die Versicherten verwendet werden. Die Höhe einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift und die berechtigten Tarife werden jeweils vom Vorstand festgelegt. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entsteht mit dem Ablauf eines Kalenderjahres, wenn die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr nach den festgelegten Tarifen versichert war und hieraus keine Versicherungsleistungen erbracht wurden, es sei denn, der Vorstand legt für das Kalenderjahr, für das die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird, fest, dass eine teilweise Leistungsfreiheit ausreicht. In diesem Fall wird der Versicherungsnehmer entsprechend informiert.
Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entfällt jedoch, wenn
- für die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr weniger als 12 monatliche Beitragsraten in den festgelegten Tarifen fällig waren,
 - im abgelaufenen Kalenderjahr eine Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung bestand,
 - die fälligen Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr zum Zeitpunkt der Auszahlung bzw. Gutschrift der Beitragsrückerstattung nicht vollständig gegebenenfalls inklusive Mahnkosten gezahlt waren,
 - die Versicherung dieser Person in den festgelegten Tarifen oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhensvereinbarung am 01. Juli des Folgejahres nicht mehr besteht, es sei denn, diese Versicherung endete durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung.
- Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann auch davon abhängig gemacht werden, daß die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt sind.
Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil. Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 01.07. des Folgejahres vorgenommen. Die der RfB zugewiesenen Beträge werden ausschließlich für die Überschußbeteiligung der Versicherten verwendet. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die RfB, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschußanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
 - c) für Aufwendungen aus Pflege durch Personen oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Aufwendungen aus Pflege durch den Ehegatten, Verwandte, Schwägerer oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen. Soweit der Tarif es vorsieht, wird jedoch ein Pfl egetagegeld gezahlt;
 - e) während stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlung und während Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht.
- (2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) 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.
- (4) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden, es sei denn, der Versicherungsnehmer benennt ein Inlandskonto, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

- (3) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.
- (4) Die erste Beitragsrate ist nach Aushändigung des Versicherungsscheines, bei einem in der Zukunft liegenden Versicherungsbeginn spätestens zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn zu zahlen.
- (5) 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.
- (6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.
- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer 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 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (8) Die Beiträge sind an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) 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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt. Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.
- (3) Zur Finanzierung von Beitragsermäßigungen oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der technischen Berechnungsgrundlagen jährlich zugeschrieben und ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten entsprechend verwendet.
- (4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- oder Beitragszuschläge entsprechend ändern.

- (5) 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.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrundegelegt.
- (3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (4) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb von zwei Monaten nach ärztlicher Feststellung - durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Entsprechendes gilt für jede Minderung der Pflegebedürftigkeit. Der Wegfall der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) 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.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner unverzüglich anzuzeigen jede stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder die Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegezusatzversicherung (nicht Pflege-Pflichtversicherung) darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht. Wird die Minderung der Pflegebedürftigkeit verspätet gemeldet, sind gegebenenfalls die zuviel erbrachten Leistungen zurückzuzahlen; dies gilt entsprechend, wenn die Anzeige gemäß § 9 Absatz 5 verspätet gemeldet wird.
- (2) Werden die in § 9 Absatz 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten 10 Versicherungsjahre ausgeübt werden.

- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Der Vertrag wird pro Person erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.
- (3) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Dieses Recht kann jedoch nicht so ausgeübt werden, daß ab Geburt mitversicherte Minderjährige ohne einen Elternteil versichert bleiben.
- (5) 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 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.
- (6) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.
Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.
- (7) 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 zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

- (8) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
(4) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) 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 Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
(3) Das Versicherungsverhältnis in der Pflegekostenversicherung endet, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln. In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.
(4) Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.
(5) Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten/Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit gegeben sind. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Tarif PT - Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit der Stufen I bis III

gültig ab 01.01.2008

Der Tarif PT gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung, Tarifbedingungen (AVB/PZV Teil I).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

-
- 1.1 In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.
- 1.2 Das Pflegetagegeld muss mindestens 10 EUR betragen und darf bei Minderjährigen nicht höher sein als 60 EUR.

2. Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld wird ab dem 92. Tag nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit je nach Zuordnung zu einer Pflegestufe (vergleiche § 1 Absatz 6 Teil I AVB/PZV) - unabhängig davon, ob es sich um Pflege durch Familienangehörige, Freunde, Fachpersonal etc., häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege handelt - gezahlt:

für Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)	- zu 50 %
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)	- zu 100 %
für Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)	- zu 100 %

Nach einer mindestens 91 Tage fortdauernden Änderung der Pflegestufe ändert sich die Höhe der Tarifleistung entsprechend.

3. Beitragsanpassung

Gemäß § 8 b Teil I AVB/PZV werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.
Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 10.

Besondere Vereinbarung zur unfallbedingten Pflegebedürftigkeit im Rahmen der GarantieRente-PflegePlus

Während der Dauer der kleinen Anwartschaftsversicherung nach Tarif PT besteht in Höhe des vereinbarten Tagessatzes voller Versicherungsschutz nach Tarif PT; dieser ist jedoch beschränkt auf Versicherungsfälle im Sinne von § 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV), die unmittelbare Folge eines Unfalls sind.
Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet.

AWG - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die große Anwartschaftsversicherung

gültig ab 01.01.2009

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Voraussetzungen

Eine große Anwartschaftsversicherung ist möglich für die Dauer

- a) einer vorübergehenden gesetzlichen Krankenversicherungspflicht
- b) einer vorübergehenden Familienversicherung
- c) des Anspruchs auf Heilfürsorge
- d) eines längeren ununterbrochenen Auslandsaufenthaltes.

In der Krankentagegeldversicherung ist darüber hinaus eine große Anwartschaftsversicherung möglich

- a) für Arbeitnehmer für die Dauer des Erziehungsurlaubs
- b) für die Dauer einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit, wenn der Krankentagegeldtarif wegen dieser Berufsunfähigkeit beendet wurde und die Anwartschaftsversicherung in unmittelbarem Anschluss daran beginnt.

Die Voraussetzung für eine Anwartschaftsversicherung und deren Wegfall ist dem Versicherer nachzuweisen.

§ 3 Gegenstand der großen Anwartschaftsversicherung

- a) Mit der Anwartschaftsversicherung erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht, bei Wegfall der Voraussetzung, unter der die Anwartschaftsversicherung gemäß § 2 beantragt wurde, oder nach Ablauf der vereinbarten Dauer für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung vollen Krankenversicherungsschutz nach dem bisher in Anwartschaft stehenden Tarif zu erhalten.
- b) Ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht für die Dauer der Anwartschaftsversicherung auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle nicht.
- c) Für Kalenderjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung bestand, wird keine Beitragsrückerstattung gewährt.

§ 4 Aufleben des vollen Versicherungsschutzes

- a) Der Wegfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung ist innerhalb einer Frist von 2 Monaten anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Der volle Versicherungsschutz lebt dann zum 1. des Monats zu den ursprünglich vereinbarten Bedingungen auf, in dem die Voraussetzung für eine Anwartschaftsversicherung entfallen ist. Gleichzeitig endet die Anwartschaftsversicherung.
- b) Versäumt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Meldung des Wegfalls einer Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung, kann der Versicherer das Aufleben des vollen Versicherungsschutzes von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z. B. Risikozuschläge) abhängig machen. Der Versicherungsschutz kann dann frühestens am nächsten Monatsersten nach Zugang der Anzeige beim Versicherer aufleben.
- c) Bei einer befristeten Anwartschaft endet diese mit Ablauf der vereinbarten Dauer. In diesem Falle lebt der volle Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Anwartschaftsversicherung auf. Eine befristete Anwartschaftsversicherung kann auf Antrag jeweils bis zu einem Jahr verlängert oder auch vorzeitig beendet werden. Der Versicherer hat das Recht, den Antrag auf Verlängerung abzulehnen.

- d) Nach Aufleben des vollen Versicherungsschutzes besteht im tariflichen Umfang Leistungsanspruch auch für Versicherungsfälle, die während der Dauer der Anwartschaftsversicherung eingetreten sind, jedoch nur für den Teil, der in die Zeit nach Aufleben des vollen Versicherungsschutzes fällt.
Im Hinblick auf Wartezeiten, sonstige tarifliche Fristen, Selbstbehalte und Leistungshöchstsätze wird die Anwartschaftsversicherung der Versicherung mit vollem Versicherungsschutz gleichgestellt.
- e) Vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an ist bei der großen Anwartschaftsversicherung der Beitrag zu entrichten, der zu zahlen wäre, wenn während der Anwartschaftsversicherung voller Versicherungsschutz bestanden hätte.
- f) Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen sind vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an zu entrichten.
- g) Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Aufleben des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

§ 5 Beiträge

- a) Die monatliche Beitragsrate für die große Anwartschaftsversicherung errechnet sich entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen jeweils als Prozentsatz des tariflichen Beitrags, der ohne den Abschluss der Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre. Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen werden für die Dauer der Anwartschaftsversicherung nicht berechnet.
- b) Erhöht oder vermindert sich während der Dauer der Anwartschaftsversicherung der Beitrag, der ohne den Abschluss der Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre, so wird der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung entsprechend verändert. Hierbei gilt insbesondere § 8 b AVB (Beitragsanpassung).
- c) In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung gilt für den Prozentsatz gemäß a) § 8 b Absatz 1 Satz 4 AVB/KK 2009 entsprechend.
Der für die Anwartschaftsversicherung in der Krankentagegeldversicherung geltende Prozentsatz kann unter den gleichen Voraussetzungen, die für den Beitrag gemäß § 8 b Absatz 1 AVB/KT 2009 festgelegt sind, entsprechend geändert werden.

AWKL - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung

Stand 01.01.2009

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Voraussetzungen

1. Eine kleine Anwartschaftsversicherung ist möglich für die Dauer
 - a) einer vorübergehenden gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder
 - b) einer vorübergehenden Familienversicherung oder
 - c) des Anspruchs auf Heilfürsorge oder
 - d) eines längeren ununterbrochenen Auslandsaufenthaltes oder
 - e) einer wirtschaftlichen Notlage oder
 - f) eines im Voraus fest vereinbarten Zeitraumes bei Vorliegen besonderer Umstände oder
 - g) der Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler sowie der Besonderen Bedingungen für Personen in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf.
2. Der Abschluss einer kleinen Anwartschaftsversicherung ist auch möglich zur Erlangung des Versicherungsschutzes der Stationärtarife S101 bzw. S102
 - a) für die Dauer der Berufstätigkeit nur eines Ehegatten, wobei beide Ehegatten sowie deren Kinder beim Versicherer nach Tarif S103 zu versichern sind. Die Anwartschaftsversicherung muss vereinbart werden für die Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung nach Tarif SG1 bzw. Tarif SG2. Bei der Umwandlung einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung hat die Anwartschaftsversicherung den bisher versicherten Wahlleistungen zu entsprechen.
Wird für eine versicherte Person keine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen, gelten bei der späteren Umwandlung des Tarifes S103 in den Tarif S101 bzw. S102 die Regelungen des § 1 Absatz 6 Teil I AVB/KK 2009.
 - b) Zusätzlich zu der vorgenannten Regelung kann bei Vereinbarung einer Anwartschaftsversicherung in den Tarifen SG1 oder SG2 die Umwandlung des Tarifes S103 in den Tarif S101 bzw. S102 unter folgenden Voraussetzungen beantragt werden.
Umstellungstermin kann nur der 1. Januar des Kalenderjahres sein, der auf die Vollendung des 30., 35., 40., 45. oder 50. Lebensjahres der versicherten Person folgt und der Antrag auf Umwandlung in den höheren Versicherungsschutz muss mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin gestellt werden. Gleichzeitig ist gegebenenfalls die Umwandlung des Tarifes S103 für in diesem Tarif und mit einer Anwartschaftsversicherung für stationäre Wahlleistungen versicherte Kinder zu beantragen.
3. In der Krankentagegeldversicherung ist darüber hinaus eine kleine Anwartschaftsversicherung möglich
 - a) für Arbeitnehmer für die Dauer der Elternzeit,
 - b) für die Dauer einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit, wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente oder wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit.
4. In der Pflege-Zusatzversicherung ist die kleine Anwartschaftsversicherung nach § 2 Nr. 1 f) nur möglich für einen festgelegten Zeitraum von mindestens 5 Jahren.

§ 3 Gegenstand der kleinen Anwartschaftsversicherung

1. Mit der kleinen Anwartschaftsversicherung erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht, bei Wegfall der Voraussetzung, unter der die Anwartschaftsversicherung gemäß § 2 beantragt wurde oder nach Ablauf der vereinbarten Dauer für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung vollen Krankenversicherungsschutz nach dem bisher in Anwartschaft stehenden Tarif zu erhalten. Bei einer Anwartschaftsversicherung nach § 2 Nr. 2) gilt dieses Recht für die Umwandlung von Tarif S103 in Tarif S101 bzw. Tarif S102.
2. Ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht für die Dauer der Anwartschaftsversicherung auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle nicht.
3. Für Kalenderjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung bestand, wird keine Beitragsrückerstattung gewährt.

§ 4 Aufleben des vollen Versicherungsschutzes

1. Der Wegfall einer Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung mit Ausnahme einer zeitlich befristeten Anwartschaftsversicherung ist innerhalb einer Frist von 2 Monaten anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Der volle Versicherungsschutz lebt dann zum 1. des Monats zu den ursprünglich vereinbarten Bedingungen auf, in dem die Voraussetzung für eine Anwartschaftsversicherung entfallen ist. Gleichzeitig endet die Anwartschaftsversicherung.
2. Versäumt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Meldung des Wegfalls einer Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung, kann der Versicherer das Aufleben des vollen Versicherungsschutzes von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z. B. Risikozuschläge) abhängig machen. Der Versicherungsschutz kann dann frühestens am nächsten Monatsersten nach Zugang der Anzeige beim Versicherer aufleben.
3. Bei einer befristeten Anwartschaftsversicherung endet diese mit Ablauf der vereinbarten Dauer. Der volle Versicherungsschutz lebt im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Anwartschaftsversicherung auf.
4. Nach Aufleben des vollen Versicherungsschutzes besteht ein Leistungsanspruch im tariflichen Umfang auch für Versicherungsfälle, die während der Dauer der Anwartschaftsversicherung eingetreten sind, jedoch nur für den Teil, der in die Zeit nach Aufleben des vollen Versicherungsschutzes fällt.
Im Hinblick auf Wartezeiten, sonstige tarifliche Fristen, Selbstbehalte und Leistungshöchstsätze wird die Anwartschaftsversicherung der Versicherung mit vollem Versicherungsschutz gleichgestellt.
5. Vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an ist bei vorheriger kleiner Anwartschaftsversicherung für die betreffenden Tarife der dann gültige Neuzugangs-Tarifbeitrag zum dann erreichten Alter unter Anrechnung bisher erworbener Rechte zu entrichten.
6. Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen sind vom Zeitpunkt des Auflebens des Versicherungsschutzes an zu entrichten.
7. Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Aufleben des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

§ 5 Beiträge

1. Die monatliche Beitragsrate für die kleine Anwartschaftsversicherung errechnet sich entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen jeweils als Prozentsatz des tariflichen Beitrags, der ohne den Abschluss der Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre. Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen werden für die Dauer der Anwartschaftsversicherung nicht berechnet.
2. Der für die Anwartschaftsversicherung geltende Prozentsatz kann im Rahmen einer Beitragsanpassung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen aktualisiert werden.
3. Erhöht oder vermindert sich während der Dauer der Anwartschaftsversicherung der Beitrag, der ohne den Abschluss der Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre, ändert sich der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Optionstarif OT (AVB/OT)

gültig ab 01.01.2009

1. Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle in der Bundesrepublik Deutschland wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei Abschluss des Optionstarifs diesen spätestens innerhalb von vier Versicherungsjahren in eine Vollversicherung bei der R+V Krankenversicherung AG umwandeln können. Die Versicherung im Optionstarif kann nur einmal vereinbart werden. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

2. Optionsrecht

- 2.1 Die im Optionstarif versicherten Personen haben das Recht, bei Wechsellmöglichkeit in eine private Vollversicherung bei der R+V Krankenversicherung AG den Optionstarif in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung und - sofern gewünscht - zusätzliche Tarife sowie in die Pflegepflichtversicherung der R+V Krankenversicherung AG ohne erneute Gesundheitsprüfung umzustellen (Optionsrecht). Das Optionsrecht kann auch ausgeübt werden durch Wechsel in eine Krankenzusatzversicherung. Die Umstellung kann nur in Tarife erfolgen, die für den Neuzugang geöffnet sind und sofern Versicherungsfähigkeit in diesen Tarifen gegeben ist.
- 2.2 Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht für die Dauer des Optionstarifs auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle nicht.
- 2.3 Für Kalenderjahre, in denen auch nur teilweise der Optionstarif bestand, wird keine Beitragsrückerstattung gewährt.

3. Ausübung des Optionsrechts

- 3.1 Das Optionsrecht muss innerhalb des in Nr. 1 genannten Zeitraums ausgeübt werden. Der Wechsel in eine reine Krankenzusatzversicherung kann jedoch nur zum 01.01. des Kalenderjahres beantragt werden, der auf die maximale Versicherungsdauer im Optionstarif folgt.
- 3.2 In der Krankentagegeldversicherung ist maximal die Absicherung des Nettoeinkommens möglich zuzüglich der Beitragszahlung zur Absicherung von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- 3.3 Die Höhe des versicherbaren Tagessatzes richtet sich in Tagegeldtarifen nach den Annahmerichtlinien des Versicherers, wie sie im Zeitpunkt des Abschlusses des Optionstarifs bestehen.
- 3.4 Nach Ausübung des Optionsrechts besteht ein Leistungsanspruch im tariflichen Umfang auch für Versicherungsfälle, die während der Dauer des Optionstarifs eingetreten sind, jedoch nur für den Teil, der in die Zeit nach Umwandlung in die anderen Tarife fällt.
- 3.5 Im Hinblick auf Wartezeiten, sonstige tarifliche Fristen, Selbstbehalte und Leistungshöchstsätze wird die Dauer der Versicherung im Optionstarif derjenigen in den Tarifen, in die er umgewandelt wird, gleichgestellt.
- 3.6 Nach Ausübung des Optionsrechts ist für die betreffenden Tarife der dann gültige Neuzugangs-Tarifbeitrag zum dann erreichten Alter unter Anrechnung gegebenenfalls bisher erworbener Rechte zu entrichten.
- 3.7 Zuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen sind vom Zeitpunkt der Umstellung in die anderen Tarife zu entrichten.

4. Beitragszahlung

- 4.1 Die Beiträge für den Optionstarif sind Monatsbeiträge. Sie sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- 4.2 Die Festsetzung der Beiträge richtet sich ausschließlich nach dem Eintrittsalter, d. h. dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem der Tarif beginnt. Es werden Beitragsgruppen gebildet von Alter 0 - 15, 16 - 50, 51 - 60, ab 61 Jahre.
- 4.3 Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

- 4.4 Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.
- 4.5 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- 4.6 Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- 4.7 Endet der Optionstarif, ohne dass von dem Optionsrecht Gebrauch gemacht wurde, erlöschen die aus dem Optionstarif erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

5. Beitragsberechnung

- 5.1 Die Beiträge des Optionstarifs sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert. Sie sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- 5.2 Risikozuschläge für den Einschluss von Vorerkrankungen oder Leistungsausschlüsse werden für die Dauer des Optionstarifs nicht erhoben. Bei Umwandlung in andere Tarife können sie nur aufgrund der bei Beantragung des Optionstarifs durchgeführten Gesundheitsprüfung berechnet werden.

6. Ende der Versicherung im Optionstarif

Die Versicherung im Optionstarif endet spätestens

- mit Ablauf des vollen dritten Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn;
- mit der Ausübung des Optionsrechts;
- mit dem Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse oder dem Anspruch auf Familienversicherung;

7. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- 7.1 Der Vertrag wird pro Person erstmals für ein Versicherungsjahr (siehe Nr. 1) abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.
- 7.2 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- 7.3 Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen 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 zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- 7.4 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.

8. Kündigung durch den Versicherer

- 8.1 Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- 8.2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

9. Sonstige Beendigungsgründe

- 9.1 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.
- 9.2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- 9.3 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat, der Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, wird der Optionstarif fortgeführt, es sei denn, die versicherte Person kann das Optionsrecht nicht mehr innerhalb des in Nr. 1 genannten Zeitraums geltend machen.
- 9.4 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der in Nr. 9.3 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer besonderen Vereinbarung fortgesetzt wird.

10. Willenserklärungen und Anzeigen

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - Bedingungsteil - (MB/PPV 2010)

Inhaltsverzeichnis

Seite

Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 3 Wartezeit	3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	4
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	8
§ 5a Leistungsausschluss	9
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung	9
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	10
Pflichten des Versicherungsnehmers	10
§ 8 Beitragszahlung	10
§ 8 a Beitragsberechnung	11
§ 8 b Beitragsänderungen	12
§ 9 Obliegenheiten	12
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	12
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	13
§ 12 Aufrechnung	13
Ende der Versicherung	13
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	13
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	14
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	14
Sonstige Bestimmungen	15
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	15
§ 17 Gerichtsstand	15
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	15
§ 19 Beitragsrückerstattung	15

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - Bedingungsteil - (MB/PPV 2010)

gültig ab 01.01.2010

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten sind nicht erstattungsfähig.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- (6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 - a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- (7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 - a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

- b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Absatz 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

- (9) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2010, Tarif PP) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.
- (11) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PPB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PPN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist.
Werden versicherte Personen der Tarifstufe PPN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PPB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.
- (12) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.
- (3) 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, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Absatz 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Absatz 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Absatz 1) an.
- (2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages
 - a) in der Zeit vom 01. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr,
 - b) in der Zeit vom 01. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre,
 - c) in der Zeit vom 01. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre,
 - d) in der Zeit vom 01. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre,
 - e) in der Zeit vom 01. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss.
 - f) in der Zeit ab 01. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.
- (3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.
- (4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- A. Leistungen bei häuslicher Pflege
- (1) Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PP. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Absatz 5 genannten Einrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Schwägernte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.
- Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.
- (2) Anstelle von Aufwendersersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PP beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.
- (3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.
- (4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,
- a) bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
- b) bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich
- eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch eine Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch einen Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PP erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.
- Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Absatz 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PP in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet.

- (5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PP. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.
- (6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PP erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.
- (7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PP Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Absatz 6 und 7 SGB V (siehe Anhang) gilt entsprechend. Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt. Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PP subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

B. Teilstationäre Pflege

- (8) Versicherte Personen haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PP. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.
- (9) Die versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren:
Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 vom Hundert des in Nr. 1 des Tarifs PP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen gemäß Nr. 1 des Tarifs PP um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PP über 50 vom Hundert in Anspruch genommen werden.
Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PP je Kalendermonat 50 vom Hundert des in Nr. 1 des Tarifs PP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich das Pflegegeld gemäß Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PP über 50 vom Hundert in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen bei teilstationärer Pflege gemäß Absatz 8 zusammen mit der Kombination von Aufwendersersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 und Pflegegeld gemäß Absatz 2 in Anspruch genommen, bleiben die Leistungen nach Absatz 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in Nr. 1 des Tarifs PP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten findet Absatz 5 Satz 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

C. Kurzzeitpflege

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Nr. 6 des Tarifs PP Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

- a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder
- b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

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

(11) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PP Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PP auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte.

(12) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nr. 7.1 des Tarifs PP, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PP nach den Tarifstufen PPN und PPB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und die versicherte Person ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nr. 8 des Tarifs PP. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem vom medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfanges der jeweiligen Pflege Tätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflege Tätigkeit insgesamt.

Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson

- (14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Absatz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Viertes Buch (IV) - (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9 des Tarifs PP auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

- (15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PP.

H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

- (16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Absatz 1) und teilstationärer Pflege (Absatz 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PP. Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei vollstationärer Pflege (Absatz 11) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PP.

Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ferner dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

- (17) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauf tendenz);
- b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- d) tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

I. Pflegeberatung

(18) Versicherte Personen haben ab 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach § 6 Absatz 2,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
- c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
- d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage sowie
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird. Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

- a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; Aufwendersersatz gemäß § 4 Absatz 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;
- b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversicherung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

- a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII - siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

- b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII - siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
 - c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
 - d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
- (3) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

-
- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vergleiche § 3) erfüllt ist.
- (2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.

- (3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.
- (4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (5) 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.
- (6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.
- (2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie
 - a) nicht nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,
 - b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,
 - c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,
 - d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
 - e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.
- (3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern
 - a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 - b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 - c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,

- d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) - siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

- (4) Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.
- (5) Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 55 Absatz 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 Vomhundertsatz des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.
- (6) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- (7) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.
- (8) Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflegepflichtversicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 EUR verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) kündigen.
- (9) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI (siehe Anhang) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- (3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter 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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

§ 8 b Beitragsänderungen

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 Vomhundertsatz, so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Absatz 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.
Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund von Änderungen der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vergleiche § 1 Absatz 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.
- (4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.
- (5) Angleichungen gemäß Absatz 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflgetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 4 Absatz 13 oder Leistungen bei Pflegezeit nach § 4 Absatz 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Absatz 14 erbringt.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Absatz 1 b).
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich schriftlich zu unterrichten.
- (6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversicherungsnummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Absatz 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Absatz 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.

- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- (3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Absatz 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z.B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang -) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.
- (2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

- (3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer ab 01. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung nach Maßgabe von § 13a Absatz 6 Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.
Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückhalten.
- (4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Absatz 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.
- (6) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Absatz 1 Nr. 1, Absatz 3 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Absatz 5 bleibt unberührt.
- (2) In den Fällen des § 9 Absatz 5, § 13 Absatz 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Absatz 4) kündigen.
- (3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde. Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Absatz 1 a) Halbsatz 1.
Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gilt Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

- (4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

§ 19 Beitragsrückerstattung

Die aus dem Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26 a Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 01. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26 a Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2010 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Absatz 3 MB/PPV 2010 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2010
 - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 Vomhundertsatz, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Vomhundertsatz des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.

Für 2 und 3a) gilt:

Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.

Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;

b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

4. § 8 a Absatz 2 MB/PPV 2010 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz (siehe Anhang) bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:

In Abweichung von § 8 Absatz 5 MB/PPV 2010

- a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
- b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 01. Januar 2009 auf 50 Vomhundertsatz des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) - Zweites Buch (II) - (SGB II) oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist;
- c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 01. Januar 2009 auf 50 Vomhundertsatz des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarif PP mit Tarfstufen PPN und PPB

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

Leistungen der Versicherer

Tarfstufe PPN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Vomhundertsatz der nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Tarfstufe PPB 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 Vomhundertsatz
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Vomhundertsatz
3. Personen nach Nr. 1, die sich im Ruhestand befinden 30 Vomhundertsatz
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Vomhundertsatz
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Vomhundertsatz

der in Tarfstufe PPN nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 EUR 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 EUR |
| b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II | bis zu 1.040 EUR |
| c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III | bis zu 1.510 EUR |
- erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 EUR 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 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) 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 Vomhundertsatz der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarfstufe PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld

- | | | | |
|-----|---|--|---------|
| 2.1 | Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat | | |
| | a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I | | 225 EUR |
| | b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II | | 430 EUR |
| | c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III | | 685 EUR |
- Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.
 In Tarifstufe PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
- 2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21 EUR, in Pflegestufe III bis zu 31 EUR erstattet. Bei versicherten Personen, mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Absatz 16), werden für die Beratung bis zu 21 EUR erstattet. In Tarifstufe PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.510 EUR 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 PP 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 Betrags.
 In Tarifstufe PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde 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 Absatz 7 Satz 1 2. Halbsatz MB/PPV 2009 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 Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.
 Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für Pflegehilfsmittel zu 100 Vomhundertsatz erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 Vomhundertsatz der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 EUR je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.
- 4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu
31 EUR 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 EUR je Maßnahme
 begrenzt.
 In Tarifstufe PPB 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 EUR
5.2	bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II	bis zu 1.040 EUR
5.3	bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III erstattet.	bis zu 1.510 EUR

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 Vomhundertsatz der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet. In Tarifstufe PPB 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 EUR

pro Kalenderjahr ersetzt.

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

In Tarifstufe PPB 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 EUR je Kalendermonat,
	b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	in Höhe von 1.279 EUR je Kalendermonat,
	c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	in Höhe von 1.510 EUR je Kalendermonat,
	d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 2 anerkannt sind,	in Höhe von 1.825 EUR je Kalendermonat

erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 Vomhundertsatz des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Absatz 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang). 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 PPB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.2	Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vergleiche § 4 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 Vomhundertsatz des nach § 75 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256 EUR 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 PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Absatz 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536 EUR.
In Tarif PPB 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) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.
In Tarifstufe PPB 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); 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) gezahlt.
In Tarifstufe PPB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherte 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 Versicherten 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 Absatz 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
 - d) der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligigen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind,
- werden bis zu 100 EUR (Grundbetrag)
oder 200 EUR (erhöhter Betrag)
monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherten auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Absatz 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 PPB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
- 11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge richten sich nach § 87 b SGB XI (siehe Anhang).
In Tarifstufe PPB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand Januar 2010

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten	
Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
Pflegebetten, motorisch verstellbar	50.45.01.1000-1999
Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999
1.2 Pflegebettzubehör	
Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
Bettgalgen	50.45.02.2000-2999
Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
Seitengitter	50.45.02.4000-4999
Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	
Einlegerahmen	50.45.03.0001-0999
Rückenstützen, manuell verstellbar	50.45.03.1000-1999
1.4 Spezielle Pflegebettische	
Pflegebettische	50.45.04.0001-0999
Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	
Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett	50.45.06.0001-0999
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung	
Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-3999
1.7 Pflegerollstühle	
Pflegerollstühle	50.45.08.0001-0999
Hilfsmittel*:	
Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	
Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	
Wandlifter	22.40.02.0001-0999
Zubehör für Lifter	
Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
Umsetz- und Hebehilfen	
Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
Innenraum und Außenbereich Schieberollstühle	
Standardschieberollstühle	18.50.01.0001-0999
Treppen	
Treppenfahrzeuge	
Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
Treppenraupen	18.65.01.2000-2999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene

2.1 Produkte zur Hygiene im Bett	
Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999
Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4000-4999
2.2 Waschsysteme	
Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
Duschwagen	51.45.01.2000-2999
Kopfwashbecken, freistehend	51.45.01.3000-3999
Hygienesitze	51.45.01.4000-4999

	HMV-Nummer
Hilfsmittel*:	
Badewannenlifter	
Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999
Badewanneneinsätze	
Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999
Badeliegen	04.40.04.1000-1999
Badewannensitze	
Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
Duschhilfen	
Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
Duschhocker	04.40.03.1000-1999
Duschstühle	04.40.03.2000-2999
Toilettensitze	
Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
Toilettensitze für Kinder	33.40.01.4000-4999
Toilettenstützgestelle	
Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
Toilettensitzgestelle	33.40.02.1000-1999
Toilettenstühle	
Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff	33.40.04.0001-0999
Feststehende Holztoilettenstühle	33.40.04.1000-1999
Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999
Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen	
Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
Toilettenrollstühle	
Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
Duschrollstühle	
Dusch-Schieberrollstühle	18.46.03.1000-1999

3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität

3.1	Notrufsysteme	
	Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte	52.40.01.0001-0999
	Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
	Hilfsmittel*:	
	Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung	
	Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen	22.50.01.0001-0999
	Gehhilfen	
	Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
	Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
	Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
	Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
	Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
	Bettpfosten-/Bettrahmenerhöher	
	Bettpfostenerhöher	-
	Bettrahmenerhöher	-

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

	HMV-Nummer
4.1 Lagerungsrollen	
Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999
Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999
Hilfsmittel*:	
Lagerungskeile	
Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 cm	20.29.01.0001-3999
Sitzhilfen zur Vorbeugung	
Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.0001-3999
Liegehilfen zur Vorbeugung	
Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-3999
Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.05.0001-2999

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

5.1 Saugende Bettschutzeinlagen	
Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2 Schutzbekleidung	
Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
Mundschutz	54.99.01.2000-2999
Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999
Hilfsmittel*:	
Saugende Inkontinenzvorlagen	
Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1	15.25.01.0001-0999
Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2	15.25.01.1000-1999
Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3	15.25.01.2000-2999
Rechteckvorlagen, Größe 1 und 2	15.25.01.3000-4999
Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.01.5000-5999
Netzhosen für Inkontinenzvorlagen	
Netzhose Größe 1 und 2	15.25.02.0001-1999
Saugende Inkontinenzhosen	
Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3	15.25.03.0001-2999
Externe Urinalableiter	
Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
Urin-Beinbeutel	
Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
Urin-Bettbeutel	
Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
Zubehör für Auffangbeutel	
Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007
Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009
Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010

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

Informationen Private Pflegeberatung

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH

Stand 01.04.2009

Zum 01. Juli 2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft. Darin ist unter anderem der Anspruch auf individuelle Pflegeberatung in der privaten Pflegepflichtversicherung geregelt (§ 4 I. (18) Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung). Der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) hat hierfür ein eigenständiges Unternehmen gegründet: Die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH. Sie steht für eine qualifizierte, neutrale und unabhängige Beratung.

Rat geben und Entlastung bieten

Die COMPASS Private Pflegeberatung bietet für Privatversicherte kostenlose Informationen, Beratung und Hilfestellung rund um das Thema Pflege. Der Anspruch der Pflegeberatung richtet sich an pflege- und hilfebedürftige Menschen, deren Angehörige und/oder Betreuer sowie an allgemein Rat suchende, die sich im Vorfeld einer aufkommenden Pflegesituation informieren wollen. Darüber hinaus erhalten Pflegebedürftige oder Personen in deren Umfeld ab 2009 einmal im Jahr das Angebot für ein Kontaktgespräch zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung. Die Beratung ist neutral und unabhängig. Sie ist eine reguläre Leistung der Pflegeversicherung. Sie erfolgt durch eigens dafür geschultes Fachpersonal über die telefonische Pflegeberatung oder durch eine aufsuchende Beratung eines Pflegeberaters in der häuslichen Umgebung des Versicherten. In Ausnahmefällen kann die persönliche Pflegeberatung auch an einem anderen Ort stattfinden.

Der Mensch im Mittelpunkt

Pflegebedürftigkeit ist ein Thema, das für alle Betroffenen und Beteiligten viele Fragen aufwirft. Die COMPASS Private Pflegeberatung gibt mit einem umfassenden Angebot Orientierung und hilft bei der Suche nach Lösungen. Die Beratung kann sich beziehen auf

- Ansprüche von Leistungen aus der Pflegeversicherung
- Weitergehende sozialrechtliche Ansprüche
- Finanzielle Aspekte der Pflegesituation, Verfahren der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Stationäre, teilstationäre und ambulante Betreuung und Versorgung
- Zusätzliche Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger, wie z. B. Schlungen
- Informationen zur Hilfe durch Selbsthilfegruppen und ehrenamtliche Angebote
- Notsituationen: Hinweise zu Sofortmaßnahmen und psychosoziale Unterstützung

Maßgeblich sind dabei die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Familien. Das Beratungsangebot reicht von einem einfachen Gespräch bis hin zu einer umfassenden Pflegeberatung und Begleitung in schwierigen Situationen.

Wie können Sie die COMPASS Private Pflegeberatung wahrnehmen?

Die telefonische Pflegeberatung von COMPASS bietet zwei Möglichkeiten:

- Direkte Information und Beratung am Telefon
- Vermittlung eines Informations- und Beratungsgesprächs zu Hause unter der Telefon-Nummer: 0800 1018800 (bundesweit gebührenfrei)

Firmensitz

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH
Bonner Straße 172 - 176
50968 Köln
www.compass-pflegeberatung.de

Private Pflegepflichtversicherung/Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

gültig ab 01.01.2010

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

1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Absatz 1 Nr. 9 SGB XI werden in Tarifstufe PPN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.
2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nummern 1 - 11 des Tarifs PP sowie nach § 4 Absatz 18 MB/PPV 2010 ab 01. Juli 2008 bis zu einer Neufestsetzung nach Nr. 6 einen monatlichen Beitrag von 16,10 EUR.
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 nach § 8 Absatz 5 MB/PPV 2010, Nr. 3 b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 und nach § 26 a Absatz 1 SGB XI" oder der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.
5. Nach Wegfall der Eigenschaft nach Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 34. Lebensjahrs, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe Nr. 4 Sätze 1 und 2.
6. Bei einer Beitragsanpassung nach § 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 01. Januar 1996 maßgeblichen Verhältnis entspricht.
7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarung gilt § 18 MB/PPV 2010 entsprechend.

Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung

gültig ab 01.01.2010

§ 1 Allgemeines

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

§ 2 Voraussetzungen

- 2.1 Die Anwartschaftsversicherung kann, vom Versicherungsbeginn 01. 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 Gegenstand der großen Anwartschaftsversicherung

- 3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag von 5,61 EUR in Tarifstufe PPN und 4,43 EUR in Tarifstufe PPB zu zahlen.
Besonders vereinbarte Risiko- bzw. 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 2009 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 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 nach § 8 Absatz 5 MB/PPV 2009 bzw. Nr. 3 b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 und § 26 a Absatz 1 SGB XI" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG, 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 Absatz 2 SGB XI Anwendung finden, in eine Anwartschaft sowie bei Beginn der Anwartschaftsversicherung am 01. 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 2009 entsprechend.

**AVB für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung
nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von
Gruppenversicherungsverträgen (AVB/K) (Teil I Tarifbedingungen)****Inhaltsverzeichnis**

	Seite
Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes und Vertragsdauer	2
§ 3 Wartezeiten	3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	6
Pflichten des Versicherungsnehmers	6
§ 8 Beitragszahlung	6
§ 8a Beitragsberechnung	7
§ 8 b Beitragsanpassung	7
§ 9 Obliegenheiten	8
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	8
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	8
§ 12 Aufrechnung	8
Ende der Versicherung	8
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	8
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	9
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	9
Sonstige Bestimmungen	9
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	9
§ 17 Gerichtsstand	9
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	10

AVB für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/K) (Teil I Tarifbedingungen)

gültig ab 01.01.2009

"AVB": Allgemeine Versicherungsbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen inklusive Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 15 Absatz 4). Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes und Vertragsdauer

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

- (3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten 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 erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.
Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.
- (4) 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 Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Wartezeiten entfallen
- a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten einer mindestens seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.
- (5) Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können - mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen - erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.
Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.
- (6) Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet mit Ausnahme der Wartezeiten für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen.
Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll.
- (7) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit der Tarif nichts anderes bestimmt, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt für Einrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH); vergleiche § 5 Absatz 1 a). Hämodialyse, auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.
 - b) Die Aufwendungen einer Psychotherapie sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von einem staatlich geprüften, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16.06.1998 durchgeführt und nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liquidiert wird.
Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- a) Arzneimittel
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle) sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel.
 - b) Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen)
Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlungen, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik (ohne Geburtsvorbereitungskurse), Krankengymnastik und Übungsbehandlungen. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.
Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heilberufe (z. B. Masseurern) erbracht werden.
 - c) Hilfsmittel
Als Hilfsmittel gelten Sehhilfen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker. Leistungen für das jeweilige Hilfsmittel werden im Kalenderjahr höchstens einmal gewährt. Der Tarif kann eine abweichende Regelung vorsehen.
Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln (Reinigungsmittel u. a.).
 - d) Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport des Versicherten vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht:
- a) Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.
 - b) Wahlleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.
 - c) Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr
Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt. Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt.
 - d) Teilstationäre Behandlung
Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt. Entsprechendes gilt bei einer Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei einer ganztägigen Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld fällig.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
 - c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder

- d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Absatz 5 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre und für Versicherungsverhältnisse im I. Quartal.
Beginnt die Versicherung während des II. Quartals, ermäßigt sich für dieses Kalenderjahr der Betrag um ein Viertel, bei Beginn im III. Quartal um die Hälfte, bei Beginn im IV. Quartal um drei Viertel. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses mindert sich der Betrag nicht.
Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Für das jeweils gültige Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) gilt entsprechendes, sofern die Mindestbeträge überschritten sind. Der Tarif kann eine abweichende Regelung vorsehen;
 - b) für Aufwendungen, die für ärztliche Gutachten und Atteste entstehen, die privaten oder dienstlichen Zwecken dienen, für Pflegepersonal und Desinfektionen und für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten;
 - c) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - e) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - Der Versicherer leistet für Kosten einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wenn ihm vor Kurantritt die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes nachgewiesen wird und sofern es der Tarif für stationäre Heilbehandlung vorsieht.
 - Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung (nicht aber für die Unterbringung und Verpflegung) einer Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung.
 - Die Erstattung wird erstmals für Behandlungen gewährt, die nach zweijähriger Versicherungsdauer stattfinden, weitere Erstattungen für Behandlungen, die nach Ablauf von jeweils zwei Jahren erfolgen.
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
 - a) Als Nachweis sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Behandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum.
 - b) Wird nur Krankenhaustagegeld oder Kurtagegeld beantragt, genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses/der Kuranstalt über die Dauer des Aufenthaltes. Die Bescheinigung muss außerdem enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlungen. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld- oder Kurtagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) 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.
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhaus-Ausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 0 - 15, 16 - 25, 26 - 35, 36 - 45, 46 - 55, 56 - 60, 61 - 65, 66 - 70, 71 - 75, ab 76 Jahre. Der Tarif kann andere Beitragsgruppen vorsehen. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.

- (3) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- und Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) 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.
- (5) Nach einer Versicherungsdauer von 60 Monaten in diesem Tarif erhält der Versicherte einen Treue-Bonus von 10 % auf die dann gültigen Tarifbeiträge. Der Treue-Bonus wird ab dem darauf folgenden Monatsersten gewährt. Der Tarif kann vorsehen, dass kein Treue-Bonus gewährt wird.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.
Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 7,5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst. Tariflich kann ein anderer Prozentsatz festgelegt werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine beitragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.
Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach Auffassung des Versicherers die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) 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 Altersgruppe gilt, 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.

- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) 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 zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Der Versicherungsnehmer hat jederzeit das Recht, die Versicherung nach entsprechenden Tarifen, die mit Alterungsrückstellung kalkuliert sind, fortzusetzen.
Das Recht kann auch für einzelne versicherte Personen oder Tarife geltend gemacht werden.
- (2) 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.
- (3) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und angemessen sind. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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, es sei denn, mit dem Gruppenversicherungspartner wird ein anderer Termin vereinbart.

Tarif SG 1K - Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2008

Der Tarif SG 1K gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen, Tarifbedingungen (AVB/K Teil I)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit/Vertragsumstellung

In diesen Tarif können Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) aufgenommen werden, die im Rahmen eines vom Versicherer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind.

Scheidet die versicherte Person als Mitglied aus der GKV oder aus dem nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus bzw. wird der Gruppenversicherungsvertrag beendet, so endet die Versicherung nach Tarif SG 1K. Das Versicherungsverhältnis setzt sich zu dem entsprechenden Tarif mit Alterungsrückstellung fort, ohne dass es eines gesonderten Antrages bedarf. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach Zugang des entsprechenden Versicherungsscheins zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Tarifänderung kündigen.

2. Versicherungsleistungen im Inland nach KHG/KHEntgG bzw. BpflV

- 2.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt: - zu 100 % für Wahlleistungen, d. h. gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer und gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung bzw. der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnet werden.
- Erstattet werden auch ärztliche Leistungen, die mit einer von der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe liquidiert werden, sofern eine den Grundsätzen der GOÄ entsprechende sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt.
- Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird zusätzlich der Kürzungsbetrag erstattet.
- 2.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf versicherte Wahlleistungen im Einzelfall.
- a) Bei Verzicht auf Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung wird anstelle der Kostenerstattung für diese Wahlleistung ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR). Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR).
- b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

3. Versicherungsleistungen im Ausland oder im Inland nicht nach KHG/KHEntgG bzw. BPfIV

- 3.1 Im Ausland und in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung bzw. nicht nach der jeweils gültigen BPfIV abrechnen, erfolgt keine Kostenerstattung, es wird ein Krankenhaustagegeld von 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR) gezahlt.
- 3.2 Hat jedoch eine gesetzliche Krankenkasse Leistungen für diesen Krankenhausaufenthalt erbracht, werden auf Antrag die nachgewiesenen Kosten für Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer (einschließlich medizinisch notwendiger Sachleistungen) und für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.
- 3.3 Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muß der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

5. Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 Absatz 3 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

6. Beitragsfreistellung

Dauert ein entschädigungspflichtiger Krankenhausaufenthalt länger als 8 Wochen, erhält der Versicherte in diesem Tarif für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Vertragsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

Tarif EG 4K - Zusatzversicherung ohne Alterungsrückstellung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2008

Der Tarif EG 4K gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen, Tarifbedingungen (AVB/K Teil I)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit/Vertragsumstellung

In diesen Tarif können Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) aufgenommen werden, die im Rahmen eines vom Versicherer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind.

Scheidet die versicherte Person als Mitglied aus der GKV oder aus dem nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus bzw. wird der Gruppenversicherungsvertrag beendet, so endet die Versicherung nach Tarif EG 4K. Das Versicherungsverhältnis setzt sich zu dem entsprechenden Tarif mit Alterungsrückstellung fort, ohne dass es eines gesonderten Antrages bedarf. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach Zugang des entsprechenden Versicherungsscheins zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Tarifänderung kündigen.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Sehhilfen

Für Sehhilfen werden 100 % des Rechnungsbetrages, maximal 200 EUR erstattet. Eine Vorleistung der GKV wird vorab vom Rechnungsbetrag abgezogen.

Die Leistung wird höchstens für eine Sehhilfe innerhalb von jeweils zwei Kalenderjahren gewährt.

2.2 Krankenhaustagegeld

a) Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt wird ein Krankenhaustagegeld von 15 EUR gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes nach a), bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

c) Bei einer stationären psychotherapeutischen Behandlung wird nach diesem Tarif nicht geleistet.

2.3 Kurtagegeld

Der Versicherer zahlt für die Dauer einer medizinisch notwendigen Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung einer gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung ein Kurtagegeld von 15 EUR.

2.4 Heilpraktiker

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) werden zu 40 % ersetzt.

2.5 Kurzfristige Auslandsreisen

a) Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von längstens 45 Tagen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen akuten Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen ersetzt.

Hierzu gehören ausschließlich Aufwendungen für:

aa) Heilbehandlung im Ausland durch dort zugelassene Ärzte und Zahnärzte, einschließlich im Aufenthaltsland unvorhersehbar notwendig werdende ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen und bei Früh- oder Fehlgeburt; nicht jedoch künstliche Befruchtung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen; außerdem nicht für Psychoanalyse und Psychotherapie;

- ab) Arznei- und Heilmittel;
- ac) zahnärztliche Leistungen
Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
- ad) stationäre Heilbehandlung
Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft und Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen;
- ae) Transporte
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- af) Rücktransportkosten
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in die Bundesrepublik Deutschland, wenn der Rücktransport nach Art und Umfang aufgrund des medizinischen Befundes notwendig ist, ein Arzt gemäß aa) dies schriftlich bestätigt hat und die Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland anschließend an den Rücktransport stationär weiterbehandelt werden muss. Der Rücktransport muss in ein Krankenhaus an den ständigen Wohnsitz, der vor Beginn des Auslandsaufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bestand, oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen.
Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt gem. aa) erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.
Durch Rücktransporte ersparte Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen.
- ag) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.
- ah) Organisationsleistungen und Hilfestellung durch den Versicherer
Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage und ist durch den im Ausland behandelnden Arzt schriftlich attestiert worden, daß die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden maximal Kosten eines Business-class-Fluges übernommen bis 1.300 EUR. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.
Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder - soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme - und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen.
Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellung:
- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
 - Benennung eines Arztes vor Ort;
 - Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
 - Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
 - Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
 - Organisation des Rücktransportes gemäß af) bzw. der Bestattung/Überführung gemäß ag).

- b) Keine Leistungspflicht besteht
 - ba) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste;
 - bb) für die bei dem jeweiligen Reisebeginn (Grenzüberschreitung ins Ausland) bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) einschließlich Folgen sowie die Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und Unfallfolgen, die in den letzten 3 Monaten vor Reisebeginn behandelt wurden, sofern die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten wurde.
- c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- d) Anstelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB gilt:
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes (längstens 45 Tage nach Grenzüberschreitung ins Ausland). Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland oder die unmittelbare Aufnahme in ein dort gelegenes Krankenhaus. Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- e) In Erweiterung von § 3 Absatz 2 und 3 AVB entfallen die Wartezeiten bei kurzfristigen Auslandsreisen.

Tarife ZE 30K, ZE 40K, ZE 50K - Ergänzungstarife ohne Alterungsrückstellung für Zahnersatz innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2008

Die Tarife ZE 30K, ZE 40K, ZE 50K gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen, Tarifbedingungen (AVB/K Teil I)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit/Vertragsumstellung

In diesen Tarif können Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) aufgenommen werden, die im Rahmen eines vom Versicherer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind.

Scheidet die versicherte Person als Mitglied aus der GKV oder aus dem nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus bzw. wird der Gruppenversicherungsvertrag beendet, so endet die Versicherung nach den Tarifen ZE 30K, ZE 40K, ZE 50K. Das Versicherungsverhältnis setzt sich zu dem entsprechenden Tarif mit Alterungsrückstellung fort, ohne dass es eines gesonderten Antrages bedarf. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach Zugang des entsprechenden Versicherungsscheins zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Tarifänderung kündigen.

2. Versicherungsleistungen

- a) Die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes werden ersetzt
- | | |
|-----------------|-----------|
| im Tarif ZE 30K | - zu 30 % |
| im Tarif ZE 40K | - zu 40 % |
| im Tarif ZE 50K | - zu 50 % |
- für zahnärztliche persönliche Leistungen und für zahntechnische Laborleistungen, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.
Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.
- b) Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen).
Nicht versichert sind im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendig werdende vorbereitende, diagnostische und therapeutische Leistungen.
- c) Vor Beginn einer Zahnersatz-Maßnahme ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Maßnahme vorgelegt, oder hat der Versicherer vor Beginn der Maßnahme keine Zusage erteilt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in Höhe von 50 % der tariflichen Leistungen erstattet.

Tarif AGK - Zusatzversicherung ohne Alterungsrückstellung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2008

Der Tarif AGK gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen, Tarifbedingungen (AVB/K Teil I)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit/Vertragsumstellung

In diesen Tarif können Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) aufgenommen werden, die im Rahmen eines vom Versicherer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind.

Scheidet die versicherte Person als Mitglied aus der GKV oder aus dem nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus bzw. wird der Gruppenversicherungsvertrag beendet, so endet die Versicherung nach Tarif AGK. Das Versicherungsverhältnis setzt sich zu dem entsprechenden Tarif mit Alterungsrückstellung fort, ohne dass es eines gesonderten Antrages bedarf. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach Zugang des entsprechenden Versicherungsscheins zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Tarifänderung kündigen.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, daß die GKV Leistungen erbracht hat. Ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.1 b).

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Nach Vorleistung durch die GKV

Die erstattungsfähigen Aufwendungen (nicht erstattungsfähige Aufwendungen siehe Nr. 2.2) einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden für

- Heilbehandlungen durch Ärzte und Zahnärzte einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und verordneter Arznei- und Heilmittel,
 - Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers
- zu 80 % der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV ersetzt; in diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:
- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis hin zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze,
 - Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.
- Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil zu 100 % ersetzt.

b) Ohne Vorleistung der GKV

Hat die GKV für Aufwendungen gem. Nr. 2.1 a) keine Vorleistung erbracht, werden sie zu 40 % ersetzt. Dies gilt nicht für unter Nr. 2.1 a) geregelte Zuzahlungen und Abschläge.

2.2 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig im Sinne von Nr. 2.1 sind:

- Heilbehandlungen durch Behandler, die nicht in Nr. 2.1 ausdrücklich genannt sind, z. B. Heilpraktiker,
- Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung,
- Aufwendungen für Kieferorthopädie sowie Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stifzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen).
- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

Tarif AKK - Zusatzversicherung ohne Alterungsrückstellung für ambulante ärztliche Behandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2008

Der Tarif AKK gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/K Teil I)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit/Vertragsumstellung

In diesen Tarif können Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) aufgenommen werden, die im Rahmen eines vom Versicherer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind. Scheidet die versicherte Person als Mitglied aus der GKV oder aus dem nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus bzw. wird der Gruppenversicherungsvertrag beendet, so endet die Versicherung nach Tarif AKK.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV eine Vorleistung erbracht hat. Ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen.

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung durch Ärzte (nicht erstattungsfähige Aufwendungen siehe Nr. 2.2) werden ersetzt zu 100 % der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV. In diesem Rahmen sind auch Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden, erstattungsfähig

2.2 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig im Sinne von Nr. 2.1 sind:

- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel;
- Untersuchungen und Behandlungen bei unerfülltem Kinderwunsch und Maßnahmen der künstlichen Befruchtung;
- Psychotherapie, auch wenn sie von Ärzten durchgeführt wird;
- Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie;
- Heilbehandlungen durch Behandler, die nicht in Nr. 2.1 genannt sind, z. B. Heilpraktiker, Zahnärzte, psychologische Psychotherapeuten;
- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen (inklusive der sogenannten Praxisgebühr);
- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

3. Wartezeiten

Abweichend von § 3 Teil I AVB/K entfallen die Wartezeiten.

4. Beitragszahlung

Abweichend von § 8 Absatz 2 Teil I AVB/K werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 0 - 20, 21 - 65 und ab 66 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 01. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.

5. Beitragsberechnung

Abweichend von § 8 a Absatz 5 Teil I AVB/K erhält der Versicherte keinen Treue-Bonus.

6. Beitragsanpassung

Abweichend von § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/K gilt: Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge der betreffenden Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

AVB für die Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTK) (Teil I Tarifbedingungen)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3 Wartezeiten	3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	4
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	5
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	5
Pflichten des Versicherungsnehmers	5
§ 8 Beitragszahlung	5
§ 8a Beitragsberechnung	6
§ 8b Beitragsanpassung	6
§ 9 Obliegenheiten	6
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	7
§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit und von Beendigungsgründen	7
§ 12 Aufrechnung	7
Ende der Versicherung	7
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	7
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	8
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	8
Sonstige Bestimmungen	9
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	9
§ 17 Gerichtsstand	9
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	9

AVB für die Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTK) (Teil I Tarifbedingungen)

gültig ab 01.01.2009

"AVB": Allgemeine Versicherungsbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt. Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.
- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen inklusive Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (6) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
- (7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen.
- (5) Die Wartezeiten mit Ausnahme der besonderen Wartezeiten für Psychotherapie können auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird.
Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.
Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.
- (6) Bei Vertragsänderung gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.
- (2) Die Leistungspflicht des Versicherers beschränkt sich auf das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen zuzüglich des nach Satz 4 versicherbaren Betrages. Sonstige aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit erbrachte Leistungen werden auf die Versicherungsleistungen angerechnet. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Stellung des Versicherungsantrags bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
Zusätzlich zum Nettoeinkommen können die Beitragsanteile abgesichert werden, die anstelle des Arbeitgeberanteils nach Wegfall der Entgeltfortzahlung während der Arbeitsunfähigkeit zur Renten-, Arbeitslosen-, gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflege-Pflichtversicherung zu entrichten sind.
Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Arbeitsentgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.
- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens bzw. Verlängerung der Arbeitsentgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen.
- (4) Übersteigt das vereinbarte Krankentagegeld den gem. Absatz 2 versicherbaren Betrag, so kann sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung das Krankentagegeld unter entsprechender Herabsetzung des Beitrages mit sofortiger Wirkung auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle herabgesetzt wird.
- (5) Für Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis wird bei einer Erhöhung des Nettoarbeitsentgelts auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagegeld im Rahmen der bestehenden Tarife entsprechend angepasst. Dabei finden grundsätzlich die Bestimmungen des § 2 Absatz 1 Satz 2 und § 3 Absatz 6 Anwendung. Für die Anpassung entfallen jedoch erneute Wartezeiten und eine erneute Risikoprüfung, wenn der Antrag auf Anpassung spätestens innerhalb von 2 Monaten nach der Entgelterhöhung gestellt wird.
Wirksam wird die Anpassung zu dem Monatsbeginn, der dem Antragseingang beim Versicherer folgt, frühestens jedoch zu Beginn des Monats, für den die Entgelterhöhung gilt.
Die Erhöhung des Nettoarbeitsentgelts und der Zeitpunkt, ab wann diese gilt, sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.
- (6) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

- (7) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (8) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen.
Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (10) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 9 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
 - die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
 - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
- (11) Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Absatz 10 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.
Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz).
Im Übrigen werden Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet.
Für die Zeit der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz wird unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit und unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn bei Entbindung nach Vorlage der amtlichen Geburtskunde eine Pauschale in Höhe des 12-fachen vereinbarten Krankentagegeldes gezahlt.
 - wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vergleiche § 4 Absatz 9 bis 11). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
 - während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
Das Krankentagegeld wird 14-tägig nachträglich gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie der Art der Erkrankung gezahlt. Dabei ist möglichst ein Vordruck des Versicherers zu verwenden.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) 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.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, Bezug von Erwerbsunfähigkeits-/Erwerbsminderungs- oder Altersrente, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Absatz 1 a) bis d).

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.
Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 16 - 25, 26 - 35, 36 - 45, 46 - 55, 56 - 60, 61 - 65, 66 - 70, 71 - 75, ab 76 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.
- (3) Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- und Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) 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.
- (5) Nach einer Versicherungsdauer von 60 Monaten in diesem Tarif erhält der Versicherte einen Treue-Bonus von 10 % auf die dann gültigen Tarifbeiträge. Der Treue-Bonus wird ab dem darauf folgenden Monatsersten gewährt.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.
Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert.
Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach Auffassung des Versicherers die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens bis zum Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 8) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer möglichst auf einem von ihm zur Verfügung gestellten Vordruck alle zwei Wochen nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) 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 geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
Die ärztliche Untersuchung kann an einem vom Versicherer bestimmten Ort erfolgen.
- (4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit und von Beendigungsgründen

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der Bezug von Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente oder Altersrente (vergleiche § 15 Absatz 1 a) bis. d)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für eine andere Altersgruppe gilt, 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.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, 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 und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) 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 zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen, Tarife oder für nachträgliche Erhöhungen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person
 - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.
Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
 - b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.
 - c) mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente.
 - d) mit dem Bezug von Altersrente.
 - e) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
 - f) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 7 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses:
 - a) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit, für die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses, bei späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Nach Ablauf dieser Frist ist die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung nicht möglich.

- b) Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen in dem selben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.
- c) Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Tarif TA 6K Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung

gültig ab 01.01.2008

Tarif TA 6K gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen, die mit der Bezeichnung "K" enden im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen, Tarifbedingungen (AVB/KTK Teil I)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1 In diesen Tarif können Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) aufgenommen werden, die im Rahmen eines vom Versicherer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind.
- 1.2 Versicherungsfähig sind ausschließlich Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis, die nicht nur geringfügig beschäftigt oder Auszubildende sind. Die Dauer der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit darf 6 Wochen nicht übersteigen.
- 1.3 Das Krankentagegeld muss mindestens 10 EUR betragen.

2. Vertragsumstellung

Scheidet die versicherte Person als Mitglied aus der GKV oder aus dem nach dem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus bzw. wird der Gruppenversicherungsvertrag beendet, so endet die Versicherung nach Tarif TA 6K. Das Versicherungsverhältnis setzt sich zu dem entsprechenden Tarif mit Alterungsrückstellung fort, ohne dass es eines gesonderten Antrages bedarf. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt.

Entfällt die Versicherungsfähigkeit, gilt § 15 Teil I AVB/KTK.

3. Versicherungsleistungen

- 3.1 Ist der Versicherte infolge einer Krankheit oder eines Unfalles völlig (100 %) arbeitsunfähig, wird das versicherte Krankentagegeld - auch für Sonn- und Feiertage - ohne zeitliche Begrenzung, ab Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
- 3.2 Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt im Tarif TA 6K nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. am 43. Tag ab Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von
Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R) (Teil I Tarifbedingungen)****Inhaltsverzeichnis****Seite**

Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3 Wartezeiten	3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	5
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	6
Pflichten des Versicherungsnehmers	7
§ 8 Beitragszahlung	7
§ 8 a Beitragsberechnung	7
§ 8 b Beitragsanpassung	7
§ 9 Obliegenheiten	8
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	8
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	8
§ 12 Aufrechnung	8
Ende der Versicherung	8
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	8
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	9
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	9
Sonstige Bestimmungen	9
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	9
§ 17 Gerichtsstand	9
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	10

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R) (Teil I Tarifbedingungen)

gültig ab 01.01.2009

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen inklusive Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 15 Absatz 4). Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt wurde. Für den zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten Mitarbeiter gilt § 13 Absatz 2.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

- (3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten 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 erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.
Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind. Der erste Beitrag berechnet sich gegebenenfalls ratierlich ab diesem Tag.
- (4) 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 Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Wartezeiten entfallen
- bei Unfällen;
 - für den Ehegatten einer mindestens seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird;
 - sofern dies im Gruppenversicherungsvertrag vereinbart ist.
- (5) Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können - mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen - erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen.
Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.
- (6) Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet mit Ausnahme der Wartezeiten für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen.
Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll.
- (7) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- Ärztliche und zahnärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH); vergleiche § 5 Absatz 1 a). Hämodialyse, auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.

- b) Die Aufwendungen einer Psychotherapie sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von einem staatlich geprüften, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16.06.1998 durchgeführt und nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liquidiert wird.
Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- a) Arzneimittel
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle) sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel.
- b) Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen)
Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlungen, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik (ohne Geburtsvorbereitungskurse), Krankengymnastik und Übungsbehandlungen. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.
Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heilberufe (z. B. Masseurern) erbracht werden.
- c) Hilfsmittel
Als Hilfsmittel gelten Sehhilfen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker. Leistungen für das jeweilige Hilfsmittel werden im Kalenderjahr höchstens einmal gewährt. Der Tarif kann eine abweichende Regelung vorsehen.
Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln (Reinigungsmittel u. a.).
- d) Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport des Versicherten vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht:
- a) Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.
- b) Wahlleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.
- c) Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr
Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt. Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt.
- d) Teilstationäre Behandlung
Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt. Entsprechendes gilt bei einer Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei einer ganztägigen Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld fällig.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
 - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
 - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
- Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Absatz 5 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre und für Versicherungsverhältnisse im I. Quartal.
Beginnt die Versicherung während des II. Quartals, ermäßigt sich für dieses Kalenderjahr der Betrag um ein Viertel, bei Beginn im III. Quartal um die Hälfte, bei Beginn im IV. Quartal um drei Viertel. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses mindert sich der Betrag nicht.
Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Für das jeweils gültige Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) gilt entsprechendes, sofern die Mindestbeträge überschritten sind. Der Tarif kann eine abweichende Regelung vorsehen;
 - für Aufwendungen, die für ärztliche Gutachten und Atteste entstehen, die privaten oder dienstlichen Zwecken dienen, für Pflegepersonal und Desinfektionen und für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten;
 - für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
Dies gilt auch für Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen, die in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mit versichert sind.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- a) Als Nachweis sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Behandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum.
- b) Wird nur Krankenhaustagegeld oder Kurtagegeld beantragt, genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses/der Kuranstalt über die Dauer des Aufenthaltes. Die Bescheinigung muss außerdem enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlungen. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld- oder Kurtagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) 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.
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
Ist ein Krankenhaus-Ausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.
Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 0 - 20, 21 - 65, ab 66 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.
- (3) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.
- (4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.
- (5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- und Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) 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.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.
Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risiko- oder Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach Auffassung des Versicherers die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht ein anderer Zeitpunkt im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist sie verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Der zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldete Mitarbeiter des Gruppenversicherungspartners kann nur das gesamte Versicherungsverhältnis einer versicherten Person zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (3) 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 Altersgruppe gilt, kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens gekündigt werden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden.
- (5) Sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, kann die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung zum Schlusse des Monats verlangt werden, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw. bei vorzeitigem Ausscheiden der versicherten Person aus dem Unternehmen des Gruppenversicherungsvertragspartners hat die versicherte Person das Recht, ihr Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten zu den Bedingungen der entsprechenden Tarife mit Alterungsrückstellung fortzuführen, wobei als Eintrittsalter das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt wird.
- (2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des am Gruppenversicherungsvertrag teilnehmenden Mitarbeiters des Gruppenversicherungsvertragspartners. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Ansprechpartners des Versicherers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Mitarbeiters abzugeben.
- (3) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (5) Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und angemessen sind. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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, es sei denn, mit dem Gruppenversicherungspartner wird ein anderer Termin vereinbart.

Tarif SG 1R - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2006

Der Tarif SG 1R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/ R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Versicherungsleistungen im Inland nach KHG/KHEntgG bzw. BPfIV

- 2.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt:
- zu 100 %
- für Wahlleistungen, d. h. gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung bzw. der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) berechnet werden.
Erstattet werden auch ärztliche Leistungen, die mit einer von der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe liquidiert werden, sofern eine den Grundsätzen der GOÄ entsprechende sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt.
Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird zusätzlich der Kürzungsbetrag erstattet.
- 2.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf versicherte Wahlleistungen im Einzelfall
- a) Bei Verzicht auf Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung wird anstelle der Kostenerstattung für diese Wahlleistung ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.
Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR).
Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR).
- b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

3. Versicherungsleistungen im Ausland oder im Inland nicht nach KHG/KHEntgG bzw. BPfIV

- 3.1 Im Ausland und in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung bzw. nicht nach der jeweils gültigen BPfIV abrechnen, erfolgt keine Kostenerstattung, es wird ein Krankenhaustagegeld von 70 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 50 EUR) gezahlt.
- 3.2 Hat jedoch eine gesetzliche Krankenkasse Leistungen für diesen Krankenhausaufenthalt erbracht, werden auf Antrag die nachgewiesenen Kosten für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (einschließlich medizinisch notwendiger Sachleistungen) und für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.
- 3.3 Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

5. Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 Absatz 2 Teil I mit den tariflichen Sätzen erstattet.

6. Beitragsfreistellung

Dauert ein entschädigungspflichtiger Krankenhausaufenthalt länger als 8 Wochen, erhält der Versicherte in diesem Tarif für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.

Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Vertragsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

Tarif SG 2R - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2006

Der Tarif SG 2R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Versicherungsleistungen im Inland nach KHG/KHEntgG bzw. BpflV

- 2.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt:
- zu 100 %
- für Wahlleistungen, d. h. gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechnete ärztliche Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung bzw. der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnet werden.
Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird zusätzlich der Kürzungsbetrag erstattet.
- 2.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf versicherte Wahlleistungen im Einzelfall
- a) Bei Verzicht auf Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung wird anstelle der Kostenerstattung für diese Wahlleistung ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.
Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 20 EUR).
Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 60 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 40 EUR).
- b) Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

3. Versicherungsleistungen im Ausland oder im Inland nicht nach KHG/KHEntgG bzw. BpflV

- 3.1 Im Ausland und in Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung bzw. nicht nach der jeweils gültigen BpflV abrechnen, erfolgt keine Kostenerstattung, es wird ein Krankenhaustagegeld von 60 EUR (bei Kindern bis einschließlich 15 Jahre 40 EUR) gezahlt.
- 3.2 Hat jedoch eine gesetzliche Krankenkasse Leistungen für diesen Krankenhausaufenthalt erbracht, werden auf Antrag die nachgewiesenen Restkosten für Unterkunft im Zweibettzimmer (einschließlich medizinisch notwendiger Sachleistungen) und für ärztliche Leistungen zu 100 % erstattet.
- 3.3 Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung vom Krankenhausaufenthalt für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes, bei einer ganztägigen Beurlaubung kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im Einbettzimmer, werden pro Krankenhaustag 30 EUR von den im Einbettzimmer entstandenen Kosten abgezogen (Selbstbehalt).

5. Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 30 Tage pro Kalenderjahr, für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

6. Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 Absatz 2 Teil I mit den tariflichen Sätzen erstattet.

Tarif EG 3R - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2006

Der Tarif EG 3R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif EG 3R endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Bei den Nrn. 2.1 und 2.3 sind Erstattungen auch ohne Vorleistung der GKV vorgesehen.

2.1 Sehhilfen

Für Sehhilfen werden 80 % des Rechnungsbetrages, maximal 160 EUR erstattet. Eine Vorleistung der GKV wird vorab vom Rechnungsbetrag abgezogen.

Entsprechend § 4 Absatz 3 c) Teil I wird die Leistung höchstens für eine Sehhilfe im Kalenderjahr gewährt.

2.2 Kurtagegeld

Der Versicherer zahlt für die Dauer einer medizinisch notwendigen Kur für den Zeitraum, für den die GKV leistet, ein Kurtagegeld von 13 EUR, längstens für 21 Tage.

2.3 Kurzfristige Auslandsreisen

a) Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von längstens 45 Tagen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen akuten Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen ersetzt.

Hierzu gehören ausschließlich Aufwendungen für:

aa) Heilbehandlung im Ausland durch dort zugelassene Ärzte und Zahnärzte, einschließlich im Aufenthaltsland unvorhersehbar notwendig werdende ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen und bei Früh- oder Fehlgeburt; nicht jedoch künstliche Befruchtung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen; außerdem nicht für Psychoanalyse und Psychotherapie;

ab) Arznei- und Heilmittel;

ac) zahnärztliche Leistungen

Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;

ad) stationäre Heilbehandlung

Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft und Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen;

ae) Transporte

Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;

- af) Rücktransportkosten
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in die Bundesrepublik Deutschland, wenn der Rücktransport nach Art und Umfang aufgrund des medizinischen Befundes notwendig ist, ein Arzt gemäß aa) dies schriftlich bestätigt hat und die Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland anschließend an den Rücktransport stationär weiterbehandelt werden muss. Der Rücktransport muss in ein Krankenhaus an den ständigen Wohnsitz, der vor Beginn des Auslandsaufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland bestand, oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen.
Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt gem. aa) erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.
Durch Rücktransporte ersparte Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen.
- ag) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.
- ah) Organisationsleistungen und Hilfestellung durch den Versicherer
Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage und ist durch den im Ausland behandelnden Arzt schriftlich attestiert worden, dass die erkrankte Person aus medizinischen Gründen länger andauernd nicht transportfähig sein wird, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Es werden maximal Kosten eines Business-class-Fluges übernommen bis 1.300 EUR. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.
Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder - soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme - und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten. Diese sind dem Versicherer detailliert nachzuweisen.
Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellung:
- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
 - Benennung eines Arztes vor Ort;
 - Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
 - Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
 - Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
 - Organisation des Rücktransportes gemäß af) bzw. der Bestattung/Überführung gemäß ag).
- b) Keine Leistungspflicht besteht
- ba) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren oder von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste;
- bb) für die bei dem jeweiligen Reisebeginn (Grenzüberschreitung ins Ausland) bestehenden und bekannten chronischen Erkrankungen (auch Anomalien) einschließlich Folgen sowie die Krankheiten einschließlich ihrer Folgen und Unfallfolgen, die in den letzten 3 Monaten vor Reisebeginn behandelt wurden, sofern die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten wurde.

- c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- d) Anstelle der Regelung in § 1 Absatz 4 Teil I gilt:
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes (längstens 45 Tage nach Grenzüberschreitung ins Ausland). Als Beendigung des Auslandsaufenthaltes gilt die Grenzüberschreitung in die Bundesrepublik Deutschland oder die unmittelbare Aufnahme in ein dort gelegenes Krankenhaus. Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- e) In Erweiterung von § 3 Absatz 2 und 3 Teil I entfallen die Wartezeiten bei kurzfristigen Auslandsreisen.

Tarife ZE 30R, ZE 40R - Ergänzungstarife für Zahnersatz für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2006

Die Tarife ZE 30R, ZE 40R gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In die Tarife ZE 30R, ZE 40R können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach diesen Tarifen endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

- a) Die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes werden ersetzt im Tarif
- | | |
|--------|-----------|
| ZE 30R | - zu 30 % |
| ZE 40R | - zu 40 % |
- für zahnärztliche persönliche Leistungen und für zahntechnische Laborleistungen, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.
Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.
- b) Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stifzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen).
Nicht versichert sind im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendig werdende vorbereitende, diagnostische und therapeutische Leistungen.
- c) Vor Beginn einer Zahnersatz-Maßnahme ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Maßnahme vorgelegt, oder hat der Versicherer vor Beginn der Maßnahme keine Zusage erteilt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes in Höhe von 50 % der tariflichen Leistungen erstattet.

Tarif AGR - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2006

Der Tarif AGR gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif AGR endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.2.

2.1 Nach Vorleistung durch die GKV

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung mit Ausnahme von Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung werden für:

- Heilbehandlung durch Ärzte sowie Vorsorgeuntersuchungen,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers,
- Arznei- und Heilmittel

- zu 80 %

der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV ersetzt; in diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:

- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis hin zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze; nicht erstattungsfähig sind allerdings Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (sog. "Praxisgebühr"),
- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden; nicht erstattungsfähig sind jedoch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil zu 100 % ersetzt.

2.2 Ohne Vorleistung der GKV

Sofern die GKV für Aufwendungen gem. Nr. 2.1 keine Vorleistung erbringt, werden sie

- zu 40 %

ersetzt.

Dies gilt nicht für unter Nr. 2.1 geregelte Zuzahlungen und Abschläge.

Zu 40 % wird auch eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) ersetzt.

Tarif AG 1R - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von Gruppenversicherungsverträgen

gültig ab 01.01.2006

Der Tarif AG 1R gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die R-Tarife im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/R):
Teil I Tarifbedingungen

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif AG1R endet mit dem Wegfall der GKV-Mitgliedschaft.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Ein entsprechender Nachweis ist dem Versicherer vorzulegen. Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.1 b).

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Nach Vorleistung durch die GKV

Die erstattungsfähigen Aufwendungen (nicht erstattungsfähige Aufwendungen siehe Nr. 2.2) einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden für

- Heilbehandlungen durch Ärzte und Zahnärzte einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und verordneter Arznei- und Heilmittel,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers

- zu 80 %

der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV ersetzt; in diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:

- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis hin zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze,
- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil zu 100 % ersetzt.

b) Ohne Vorleistung der GKV

Hat die GKV für Aufwendungen gem. Nr. 2.1 a) keine Vorleistung erbracht, werden sie

- zu 40 %

ersetzt. Dies gilt nicht für unter Nr. 2.1 a) geregelte Zuzahlungen und Abschläge.

Zu 40 % ersetzt werden auch die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

2.2 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig im Sinne von Nr. 2.1 sind:

- Heilbehandlungen durch Behandler, die nicht in Nr. 2.1 ausdrücklich genannt sind,
- Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung,
- Aufwendungen für Kieferorthopädie sowie Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stifzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen),
- Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (sog. "Praxisgebühr"),
- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

**Gesetzesauszüge zum Versicherungsvertragsgesetz,
Versicherungsaufsichtsgesetz, Sozialgesetzbuch,
Bundesversorgungsgesetz, Lebenspartnerschaftsgesetz,
Pflege-Versicherungsgesetz**

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht, Absatz 2

- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht, Absatz 3 und 5

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

- (5) Der Versicherer ist verpflichtet,
1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherten
 - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes
 - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselföglichkeiten im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
 2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,
 3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
 4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn der Absatz 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,
- Versicherung im Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Absatz 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Absatz 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer
1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
 2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

§ 195 Versicherungsdauer, Absatz 1

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festlegen.

§ 202 Auskunftspflicht des Versicherers; Schadenermittlungskosten

Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Der Auskunftsanspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, hat der Versicherer die entstandenen Kosten zu erstatten.

§ 204 Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
 - a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde
 - b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
 - c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 beantragt wurde;
 2. bei einer Kündigung des Vertrages und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
 - a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 geschlossen wurde;
 - b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 01. Juli 2009 erfolgte.
- Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinaus gehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.
- (3) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmer

- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)**§ 12 Substitutive Krankenversicherung**

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
- ...
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für
1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzungen der Beihilfe beschränkt.
- Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 EUR zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 EUR. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)**III. Buch (SGB III)****§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige**

- (1) Versicherungspflichtig sind
1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
 2. Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst, Zivildienst oder auf Grund von § 6c des Wehrpflichtgesetzes (Hilfeleistung im Innern) Wehrdienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind sowie Personen, die im Anschluss an den Grundwehrdienst freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst nach § 6b des Wehrpflichtgesetzes leisten,

3. (aufgehoben)
- 3a. Personen, die auf Grund des § 6c des Wehrpflichtgesetzes (Hilfeleistung im Innern) Wehrdienst leisten, gelten als Wehrdienstleistende im Sinne der Nummer 2,
4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Absatz 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind.
5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.
- (2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie
1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
 2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen oder
 3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,
- wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.
- (2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie
1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, und
 2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommenssteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommenssteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.
- Satz 1 gilt nur für Kinder des Erziehenden, seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners. Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Absatz 2 des Sechsten Buches).
- (3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Absatz 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt.
- (4) aufgehoben

§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

- (1) Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die
1. als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen,
 2. eine selbstständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben sowie
 3. eine Beschäftigung in einem Staat, in dem die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nicht anzuwenden ist, aufnehmen und ausüben.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass

1. der Antragsteller innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden oder eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen hat,
 2. der Antragsteller unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden oder eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen hat und
 3. Versicherungspflicht (§§ 26, 27) anderweitig nicht besteht.
- (2) Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der Agentur für Arbeit, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem erstmals die nach Absatz 1 Satz 1 geforderten Voraussetzungen erfüllt sind. Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, gestellt werden.
- Das Versicherungspflichtverhältnis endet,
1. wenn der Versicherungsberechtigte eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezieht,
 2. mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 letztmals erfüllt waren,
 3. wenn der Versicherungsberechtigte mit der Beitragszahlung länger als drei Monate in Verzug ist,
 4. in Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 spätestens jedoch mit Ablauf des 31. Dezember 2010.
- Die Vorschriften des Ersten Abschnitts über die Versicherungsfreiheit gelten entsprechend.

§ 130 Bemessungszeitraum und Bemessungsrahmen

- (1) Der Bemessungszeitraum umfasst die beim Ausscheiden des Arbeitslosen aus dem jeweiligen Beschäftigungsverhältnis abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträume der versicherungspflichtigen Beschäftigungen im Bemessungsrahmen. Der Bemessungsrahmen umfasst ein Jahr; er endet mit dem letzten Tag des letzten Versicherungspflichtverhältnisses vor der Entstehung des Anspruchs.
- (2) Bei der Ermittlung des Bemessungszeitraumes bleiben außer Betracht
 1. Zeiten einer Beschäftigung, neben der Übergangsgeld wegen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilübergangsgeld oder Teilarbeitslosengeld geleistet worden ist,
 2. Zeiten einer Beschäftigung als Helfer im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder als Teilnehmer im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres, wenn sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 344 Absatz 2 bestimmt,
 3. Zeiten, in denen der Arbeitslose Elterngeld bezogen oder Erziehungsgeld bezogen oder nur wegen der Berücksichtigung von Einkommen nicht bezogen hat oder ein Kind unter drei Jahren betreut und erzogen hat, wenn wegen der Betreuung und Erziehung des Kindes das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
 4. Zeiten, in denen die durchschnittliche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit auf Grund einer Teilzeitvereinbarung nicht nur vorübergehend auf weniger als 80 Prozent der durchschnittlichen regelmäßigen Arbeitszeit einer vergleichbaren Vollzeitbeschäftigung, mindestens um fünf Stunden wöchentlich, vermindert war, wenn der Arbeitslose Beschäftigungen mit einer höheren Arbeitszeit innerhalb der letzten dreieinhalb Jahre vor der Entstehung des Anspruchs während eines sechs Monate umfassenden zusammenhängenden Zeitraums ausgeübt hat.

Satz 1 Nr. 4 gilt nicht in Fällen einer Teilzeitvereinbarung nach dem Altersteilzeitgesetz, es sei denn, das Beschäftigungsverhältnis ist wegen Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers beendet worden.
- (3) Der Bemessungsrahmen wird auf zwei Jahre erweitert, wenn
 1. der Bemessungszeitraum weniger als 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält oder
 2. es mit Rücksicht auf das Bemessungsentgelt im erweiterten Bemessungsrahmen unbillig hart wäre, von dem Bemessungsentgelt im Bemessungszeitraum auszugehen.

Satz 1 Nr. 2 ist nur anzuwenden, wenn der Arbeitslose dies verlangt und die zur Bemessung erforderlichen Unterlagen vorlegt.

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Absatz 2 Satz 2, § 26 Absatz 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,
6. die als Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 83 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,
7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
 - a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
 - b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
 - c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 400 Euro nicht übersteigt,
6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
7. für Personen, die als Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

- (1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.
- (2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.
- (3) Die Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.
- (4) Die Beiträge für Bezieher von Krankentagegeld sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, dass der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.
- (5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 und 4 sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt.

IV. Buch (SGB IV)

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit

- (1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn
 1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt,
 2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 400 Euro im Monat übersteigt.

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

Werden geringfügige Beschäftigungen ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt § 8. Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

§ 18 Bezugsgröße

- (1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.
- (2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße (Ost)) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch Sozialgesetzbuch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch Sozialgesetzbuch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.
- (3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

V. Buch (SGB V)

§ 33 Hilfsmittel

- (6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Absatz 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Absatz 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.
- (7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Absatz 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.
- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.
- (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (gültig ab 01.01.2009)

- (2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Absatz 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages der bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232a Absatz 2 bei Versicherungspflicht zu Grunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, findet der Beitragssatz nach § 243 Anwendung. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.
- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
 3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Absatz 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Absatz 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
 4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zu Gunsten der Versicherten zu verwenden,
 5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
 6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.
- Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.
- (2b) aufgehoben
- (2c) aufgehoben

§ 290 Krankenversichertennummer

- (1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

- (2) [bis 30.06.2008: Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben erstmalig bis zum 30. Juni 2004 gemeinsam und einheitlich] [ab 01.07.2008: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat] den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversicherungsnummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversicherungsnummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

VI. Buch (SGB VI)

§ 3 Sonstige Versicherte

- Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,
1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),
 - 1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,
 2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
 - 2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,
 3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren,
 - 3a. für die sie von den jeweils zuständigen Trägern nach dem Zweiten Buch Arbeitslosengeld II beziehen; dies gilt nicht für Empfänger der Leistung,
 - a) die Arbeitslosengeld II nur darlehensweise oder
 - b) nur Leistungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen oder
 - c) die auf Grund von § 2 Absatz 1a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben oder
 - d) deren Bedarf sich nach § 12 Absatz 1 Nr. 1 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes oder
 - e) nach § 66 Absatz 1 Satz 1 des Dritten Buches bemisst oder
 - f) die versicherungspflichtig beschäftigt oder versicherungspflichtig selbständig tätig sind, oder eine Leistung beziehen, wegen der sie nach Satz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
 4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.
- Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 13a des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

- (1) Beitragspflichtige Einnahmen sind
1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die eine Verdienstausfallentschädigung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,
 - 1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
 2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
 - 2a. bei Personen, die Arbeitslosengeld II oder im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, der Betrag von 205 Euro,
 - 2b. (weggefallen)
 - 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld, Teilunterhaltsgeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
 3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Absatz 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,
 5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.
- (2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines
1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Absatz 1 Nr. 3 Elftes Buch)
 - a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Absatz 1 Nr. 2 Elftes Buch)
 - a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Absatz 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

- (1) Die Beiträge werden getragen
1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, Beziehern von Arbeitslosengeld II und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
 2. bei Personen, die
 - a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 400 Euro nicht übersteigt,
 - b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
 3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen von den antragstellenden Stellen,
 5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
 6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.
- (2) Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

IX. Buch (SGB IX)

§ 2 Behinderung

- (1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

§ 17 Ausführung von Leistungen, Persönliches Budget

- (2) Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Budgetfähig sind auch die neben den Leistungen nach Satz 1 erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. An die Entscheidung ist der Antragsteller für die Dauer von sechs Monaten gebunden.
- (3) Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich. In begründeten Fällen sind Gutscheine auszugeben. Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach § 10 Absatz 1 getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Dabei soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten.
- (4) Enthält das Persönliche Budget Leistungen mehrerer Leistungsträger, erlässt der nach § 14 zuständige der beteiligten Leistungsträger im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch. Ein anderer der beteiligten Leistungsträger kann mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragt werden, wenn die beteiligten Leistungsträger dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren; in diesem Fall gilt § 93 des Zehnten Buches entsprechend. Die für den handelnden Leistungsträger zuständige Widerspruchsstelle erlässt auch den Widerspruchsbescheid.

XI. Buch (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

- (2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Absatz 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

- (1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:
 1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
 2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhenszeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,
 - 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
 3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
 4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
 6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
 7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,

8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
 9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
 10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
 11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Absatz 1 Nr. 11, 11a oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
 12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 6 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.
- (2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Absatz 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.
- (2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.
- (3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.
- (4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferversorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind, wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

- (1) Personen, die nach § 20 Absatz 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.
- (2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 25 Familienversicherung

- (1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen
1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
 2. nicht nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Absatz 3 versicherungspflichtig sind,
 3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
 4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
 5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.

§ 7 Absatz 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

- (2) Kinder sind versichert:
1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,
 4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Absatz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

§ 10 Absatz 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

- (3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Beitragsbemessungsgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.
- (4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

- (1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Absatz 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Absatz 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Absatz 1 Anwendung.
- (2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Absatz 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Absatz 3 Anwendung.
- (3) Ab dem 01. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Absatz 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Absatz 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

- (1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Absatz 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Absatz 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.
- (2) Pflegenden Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

§ 45a Berechtigter Personenkreis

- (1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind
1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.
- (2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:
1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauff Tendenz);
 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
 3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
 4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
 5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
 6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen

- (1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45 a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45 a Absatz 2 Nr. 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Absatz 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitäts gesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen
 1. der Tages- oder Nachtpflege,
 2. der Kurzzeitpflege,
 3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
 4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind, oder
 5. der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden.
- (2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Die Leistung nach Absatz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag 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.
- (3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen.

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

- (1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige [bis 30.06.2008: fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen] [ab 01.07.2008: fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen] im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.
- (2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.
- (3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.
- (4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- (5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.
- (6) [bis 30.06.2008: Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen] [ab 01.07.2008: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt] mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

- (7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, [bis 30.06.2008: die Spitzenverbände der Pflegekassen] [ab 01.07.2008: der Spitzenverband Bund der Pflegekassen] und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

- (1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Absatz 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.
- (2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Absatz 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

- (1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit
1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann,
 2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§29),
 3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Absatz 1), oder
 4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Absatz 2);
- Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität; Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Absatz 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn
1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
 2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.
- (2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

- (1) Zugelassene Pflegeheime und Pflegedienste erhalten nach Maßgabe dieses Kapitels
1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie
 2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.
- Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Sie umfasst bei stationärer Pflege auch die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

- (2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für
1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instand zu halten oder instand zusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
 2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
 3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
 4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
 5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.
- (3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt.
- (4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.
- (5) Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse) sind von der Pflegevergütung abzuziehen.

§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

- (1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass
1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
 2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
 3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
 4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.
- Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Absatz 3 ist entsprechend zu ergänzen.
- (2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

- (3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Absatz 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinischpflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

- (1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen.
§ 82 Absatz 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.
- (2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

- (1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,
1. mit allen in § 22 und § 23 Absatz 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Absatz 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Absatz 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
 2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Absatz 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,
 - c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Absatz 2),
 - d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Absatz 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
 - f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,

- g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet, vorzusehen.
- (2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.
Die in Absatz 1 Nr. 1 und in Nr. 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind. Für Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Absatz 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Absatz 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.
- (3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Absatz 1 und § 23 Absatz 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Absatz 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:
1. Kontrahierungszwang,
 2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
 3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
 4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung
 5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
 6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.
- (4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.
- (5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

XII. Buch (SGB XII)

§ 75 Einrichtungen und Dienste

- (3) Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über
1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
 2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
 3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) besteht.

Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Bundesversorgungsgesetz

§ 35 Pflegezulage

- (1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 263 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufiger und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 450, 638, 820, 1066 oder 1311 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Absatz 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.
- (2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Absatz 3 Satz 3 gilt.
- (3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach Absatz 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.
- (4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

- (5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihrem Ehegatten, Lebenspartner oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung des Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die dem Beschädigten nahe steht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.
- (6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1

-
- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

Pflege-Versicherungsgesetz

Artikel 41

-
- (1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Absatz 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.
- (2) Personen für die nach § 23 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 01. Januar 1995 ausüben.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

**R+V Versicherungsgruppe - Raiffeisenplatz 1 - 65189 Wiesbaden
Stand Januar 2011**

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zur Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie beispielsweise den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

Darüber hinaus speichern und nutzen wir im Rahmen der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit Ihre Daten zum Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung. Dieser Nutzung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zentrale Hinweissysteme, an denen jedoch nicht alle Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe teilnehmen.

Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.
Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer

- Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung; Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.
Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 3 Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.
- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.
Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.
Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

- Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.
Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.
Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.
Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse gegebenenfalls nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind so genannte Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten - wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Eine Datenübermittlung kann zwischen folgenden Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe erfolgen:

R+V Versicherung AG
R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG
R+V Gruppenpensionsfonds AG
R+V Gruppenpensionsfonds-Service GmbH
R+V Krankenversicherung AG
R+V Kureck Immobilien GmbH
R+V Lebensversicherung AG
R+V Lebensversicherung a.G.
R+V Luxembourg Lebensversicherung S.A.
R+V Pensionsfonds AG

R+V Pensionskasse AG
R+V Pensionsversicherung a.G.
R+V Rechtsschutz-Schadenregulierungs-GmbH
R+V Rechtsschutzversicherung AG
R+V Service Center GmbH
R+V Treuhand GmbH
RUV Agenturberatungs GmbH
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a.G.
KRAVAG-HOLDING Aktiengesellschaft
KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-AG
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG
KRAVAG-SACH Versicherung des Deutschen Kraftverkehrs VaG
KRAVAG und SVG Assekuranz Vertriebs- und Bearbeitungszentrum GmbH
KRAVAG Umweltschutz- und Sicherheitstechnik GmbH
Condor Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Beteiligungsgesellschaft mbH
Condor Dienstleistungs GmbH
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
CI CONDOR Immobilien GmbH
Unterstützungskasse der Condor-Versicherungsgesellschaften GmbH
Optima Pensionskasse Aktiengesellschaft
Optima Versicherungs-Aktiengesellschaft
carexpert KFZ-Sachverständigen GmbH
CHEMIE Pensionsfonds AG
compertis Beratungsgesellschaft für betriebliches Vorsorgemanagement mbH
HumanProtect Consulting GmbH
MDT Makler der Touristik GmbH Assekuranzmakler
MSU Management-, Service- und Unternehmensberatung GmbH
Paul Ernst Versicherungsvermittlungsgesellschaft mbH
PensionConsult Beratungsgesellschaft für Altersvorsorge mbH
Schuster Assekuradeur GmbH
Schuster Finanzdienstleistungs-GmbH
Schuster Versicherungsmakler GmbH
SECURON Versicherungsmakler GmbH
Sprint Sanierung GmbH
SVG-VERSICHERUNGSMAKLER GmbH
UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH
Waldhof GmbH & Co. KG
Waldhof Verwaltungsgesellschaft mbH

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Verbundunternehmen der genossenschaftlichen Bankengruppe und der genossenschaftlichen FinanzGruppe zusammen.

Zur genossenschaftlichen Bankengruppe gehören zurzeit:

Volksbanken und Raiffeisenbanken
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Kirchenbanken
PSD Banken
Sparda-Banken

Zur genossenschaftlichen FinanzGruppe gehören zurzeit:

DZ BANK AG Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank
WGZ BANK AG Westdeutsche Genossenschafts-Zentralbank
DG HYP - Deutsche Genossenschafts-Hypothekenbank AG
Münchener Hypothekenbank eG
WL BANK AG Westfälische Landschaft Bodenkreditbank
Bausparkasse Schwäbisch Hall AG
Union Investment Gruppe
VR-LEASING AG
TeamBank AG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

Außerdem kooperieren wir mit der BKK R+V.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Versicherungsgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und andere. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partner-/Verbundunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrags. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden Sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.