Gestalten Sie Ihre Gesundheit wie Ihr Leben ...

... mit einer leistungsstarken Ergänzungsversicherung

Besser Barmenia.
Besser leben.

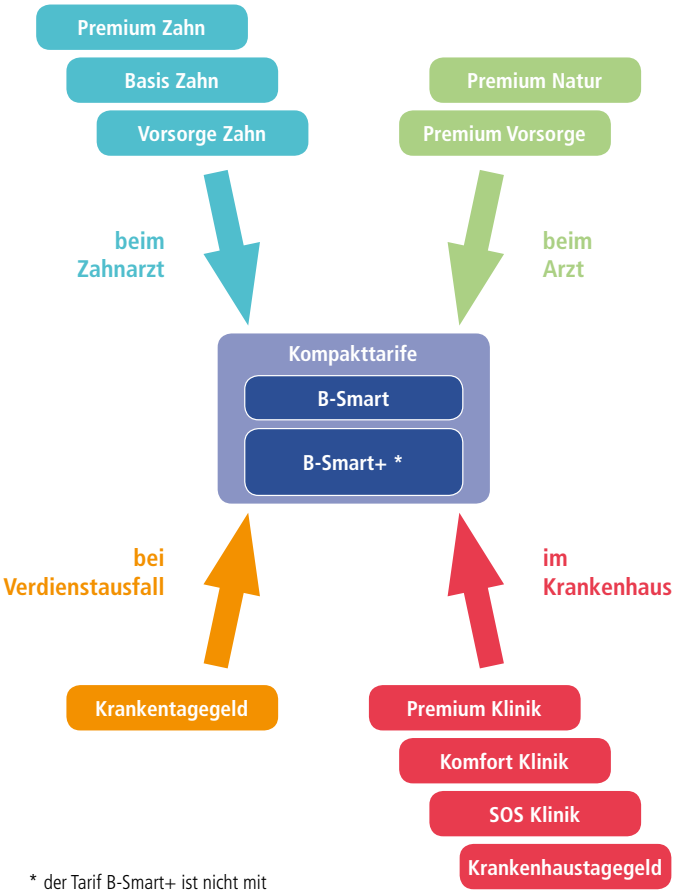
Barmenia Versicherungen

Leben | Kranken | Unfall | Sach

In jeder Lebenslage individuell versorgt

Genießen Sie Ihr Leben in allen Lebenslagen – aktiv und ohne Sorgen um Ihre Gesundheit. Denn falls gesundheitlich einmal etwas "dazwischen" kommt, können Sie sich ohne Umwege direkt in die besten Hände begeben. Planen Sie mit den Ergänzungsversicherungen der Barmenia schon jetzt, welche Absicherung genau Sie sich wünschen. So schließen Sie gezielt die Lücken Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung.

Gibt es beim Thema Gesundheit Bereiche, die Ihnen besonders wichtig sind? Setzen Sie selbst Leistungsschwerpunkte. Oder kombinieren Sie doch einfach die "Kompakten" B-Smart und B-Smart+ mit weiteren Ergänzungstarifen.



* der Tarif B-Smart+ ist nicht mit weiteren Zahntarifen kombinierbar.

Informationen zu den wichtigsten Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten. Gern beraten wir Sie und erstellen ein detailliertes Angebot.

Das Plus an Leistungen

Jeder Lebensabschnitt bringt neue Bedürfnisse und Anforderungen mit sich – einige davon begleiten Sie aber ein Leben lang. Z. B. der Wunsch nach bestmöglicher Versorgung im Krankheitsfall. Mit den neuen Kompakttarifen sichern Sie sich einen Rundum-Schutz als ideale Ergänzung zu den Leistungen Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für sich selbst, für Ihre Kinder, für die ganze Familie. Und das alles ohne Wartezeiten.

Kompakt – Tarif B-Smart

Vom Kinder-Krankengeld bis zum Hörgerät im Alter – quasi lebensbegleitend – bieten Ihnen die Tarife B-Smart und B-Smart+ attraktive Leistungen zum fairen Preis. Kompakt, günstig, smart!

Ihre Leistungen:

- Brillen und Kontaktlinsen 300 EUR, alle 2 Jahre
- Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z. B. Lasik), einmalig 1.000 EUR
- Hörgeräte bis 600 EUR pro Kalenderjahr
- Heilmittel (z. B. Krankengymnastik) und Hilfsmittel (z. B. Bandagen) bis 300 EUR pro Kalenderjahr
- Naturheilverfahren durch Ärzte sowie Heilpraktikerbehandlungen, inkl. Arznei-, Verband- und Heilmittel, bis 150 EUR pro Kalenderjahr
- Schutzimpfungen für Auslandsreisen
- Erstattung von gesetzlichen Zuzahlungen, z. B. beim Krankenhaus-Aufenthalt oder für Medikamente
- 5.000 EUR Soforthilfe bei bestimmten schweren Erkrankungen
- Auslandsreise-Krankenversicherung

Das Plus für Kinder

- Kinder-Krankengeld – wenn Sie wegen einer Erkrankungen Ihres Kindes nicht arbeiten können
- "Rooming-in" – Erstattung zusätzlicher Kosten, wenn Sie Ihr Kind ins Krankenhaus begleiten
- 5.000 EUR Soforthilfe bei einer schweren Behinderung

Premium Kompakt – Tarif B-Smart+

Ihr Rundum-Schutz erweitert um starke Zahnleistungen ... das ist B-Smart+. Durch den Zuschuss zu kieferorthopädischen Behandlungen ist er auch für Kinder und Jugendliche besonders attraktiv.

Ihre Leistungen:

- Alle Leistungen aus dem Tarif B-Smart und **zusätzlich**
- 50 % für Zahnersatz (Brücken, Kronen, Implantate)
- 100 % für Inlays, Kunststoff-füllungen, Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen usw.

  Zahnstaffel: Die Leistungen für Inlays, Kunststofffüllungen und Zahnersatz sind in den ersten zwei Kalenderjahren begrenzt, auf max. 1.000 EUR je Kalenderjahr.
- Zahnprophylaxemaßnahmen wie z. B. Professionelle Zahn-reinigung, bis 60 EUR pro Kalenderjahr

Das Plus für Kinder

- Alle Kinder-Extras aus dem Tarif B-Smart und **zusätzlich**
- 85 % Kieferorthopädie (bis 1.500 EUR)
- "Baby fit": Kostenerstattung für frühkindliche Förderung (Baby-Schwimmen, PEKiP o. Ä.)

Das Plus an Leistungen

Premium Natur – Tarif AN+

Hervorragender Schutz im Bereich der Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker. Das gilt z. B. für Akupunktur, Homöopathie, Kinesiologie und viele Naturheilverfahren, für die die Kasse nicht leistet. Zusätzlich erhalten Sie Leistungen für Brillen und Kontaktlinsen und sind optimal auf Reisen versichert.

Ihre Leistungen:

- 80 % für ambulante Naturheilverfahren durch Ärzte sowie Heilpraktikerbehandlungen inkl. Arznei-, Verband- und Heilmittel (bis 1.000 EUR pro Kalenderjahr)
- Brillen und Kontaktlinsen (bis 300 EUR innerhalb von zwei Jahren)
- Auslandsreise-Krankenversicherung

Premium Vorsorge – Tarif PRAEVI+

Die Ergänzungsversicherung mit dem Schwerpunkt Vorsorge und Prävention zahlt viele sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen, die nicht im Leistungskatalog Ihrer Krankenkasse stehen.

Ihre Leistungen:

- Ambulante ärztliche Vorsorgemaßnahmen, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen. Z. B. gynäkologische und urologische Komplett-Vorsorge, Lungenfunktionsprüfung, Glaukomfrüherkennung u. Ä.
- Zusatzuntersuchung im Schwangerschaftsverlauf
- Präventionsleistungen, wie z. B. Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Yoga u. Ä.)
- Keine Gesundheitsprüfung

Das Plus für Kinder

- Zusätzliche Kinder-Vorsorgeuntersuchungen

Das Plus an Leistungen

Premium Zahn – Tarif ZGu+

Was beim Thema Eigenbeteiligung oft richtig ins Geld geht, ist die Zahnarzt-Rechnung. Mit einer leistungsstarken Zusatzversicherung für Zahnersatz, Implantate, Inlays und Zahnprophylaxe sind Sie auf der sicheren Seite und beim Zahnarzt Privatpatient.

Ihre Leistungen:

- 85 % für Inlays, Kunststoffüllungen, Zahnersatz (z. B. Implantate, Kronen, Brücken) – auch für qualitativ hochwertige Lösungen
- 85 % für weitere Behandlungen wie z. B. Wurzel- und Parodontosebehandlungen und Knirscherschienen (wenn die GKV nicht vorleistet)
- 85 % Akupunktur zur Schmerztherapie und Anästhesie
- 85 % Zahnprophylaxemaßnahmen, z. B. Professionelle Zahnreinigung (bis 85 EUR pro Kalenderjahr)
- Beiträge ohne Alterungsrückstellung

Zahnstaffel:	1. Kalenderjahr	max.	1.000 EUR
	1. - 2. Kalenderjahr	insg. max.	2.000 EUR
	1. - 3. Kalenderjahr	insg. max.	3.000 EUR
	1. - 4. Kalenderjahr	insg. max.	4.000 EUR
	1. - 5. Kalenderjahr	insg. max.	5.000 EUR

Basis Zahn – Tarif AZ+

Oder reicht Ihnen ein vernünftiger Basisschutz im Bereich der Zahn-Zusatzversicherungen? Auch hier gibt es eine Lösung mit einem attraktiven Preis-/Leistungsverhältnis.

Ihre Leistungen, zusätzlich zum GKV-Zuschuss:

- 35 % für Zahnersatz (z. B. Implantate, Kronen, Brücken)
- 65 % für Inlays

Zahnstaffel: In den ersten zwei Kalenderjahren max. 1.000 EUR je Kalenderjahr.

Vorsorge Zahn – Tarif PROPHY

Bei dieser Zahnversicherung stehen Vorsorge und Zahnerhalt im Fokus. Hierzu gehören z. B. die professionelle Zahnreinigung, Kunststofffüllungen und Inlays (im Labor gefertigte Füllungen) sowie Wurzel- oder Parodontosebehandlungen.

Ihre Leistungen:

- 100 % für Kunststofffüllungen und Inlays (abzgl. Vorleistung der GKV)
- Wurzel- und Parodonthosebehandlungen (wenn die GKV nicht vorleistet)
- Knirscherschienen
- Akupunktur zur Schmerztherapie und Anästhesie
- Zahnprophylaxemaßnahmen, z. B. Professionelle Zahnreinigung (bis 60 EUR pro Kalenderjahr)
- Keine Gesundheitsprüfung, keine Wartezeiten, Beiträge ohne Alterungsrückstellung.

Zahnstaffel:	1. Kalenderjahr	max.	250 EUR
	1. - 2. Kalenderjahr	insg. max.	500 EUR
	1. - 3. Kalenderjahr	insg. max.	750 EUR
	1. - 4. Kalenderjahr	insg. max.	1.000 EUR

Das Plus an Leistungen

Premium Klinik – Tarif TopS

Lassen Sie sich bei einem Krankenhausaufenthalt vom Arzt Ihres Vertrauens behandeln und erholen Sie sich in einem ruhigen Umfeld – mit einem der leistungsstärksten Tarife am Markt.

Ihre Leistungen im Krankenhaus:

- 1- oder 2-Bett-Zimmer
- Gesondert berechnete ärztliche Leistung (z. B. Chefarzt), auch über den Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte hinaus
- Kosten für Naturheilverfahren
- Transportkosten (bis 250 EUR)
- Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- "Rooming-in" – Erstattung zusätzlicher Kosten, wenn Sie Ihr Kind ins Krankenhaus begleiten
- Reha-Tagegeld bei stationärer Kur oder Reha
- Ambulante Operationen
- Krankenhaustagegeld-Ausgleich bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen

Komfort Klinik – Tarif S+

Etwas günstiger, aber auch hier viel Komfort im Krankenhaus.

Ihre Leistungen im Krankenhaus:

- 1- oder 2-Bett-Zimmer
- Gesondert berechnete ärztliche Leistung (z. B. Chefarzt), bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte
- Kosten für Naturheilverfahren
- Transportkosten (bis 250 EUR)
- Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- Ambulante Operationen

SOS Klinik – Tarif SOS.stationär

Die Zusatzversicherung SOS.stationär sichert Ihnen die komfortable Unterbringung und die Behandlung durch Spezialisten, wenn wegen einer schweren Erkrankung eine Krankenhaus-Behandlung nötig ist. Der Versicherungsschutz greift also dann, wenn Sie ihn am meisten brauchen!

Ihre Leistungen im Krankenhaus:

- 1- oder 2-Bett-Zimmer
- Gesondert berechnete ärztliche Leistung (z. B. Chefarzt), bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte
- Transportkosten (bis 250 EUR)
- Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- Ambulante Operationen

Krankenhaustagegeld – Tarif KH+

Decken Sie Ihre Kosten für Eigenbeteiligung, Telefon oder Fernsehen bei einem stationären Aufenthalt. Sie entscheiden, wieviel Geld Sie pro Tag während eines Krankenhausaufenthaltes erhalten!

- Zahlung für jeden Tag eines Krankenhaus-Aufenthaltes
- "Rooming-in": Verdoppelung des vereinbarten KH-Tagegeldes für ein versichertes Kind, wenn es durch ein Elternteil begleitet wird.

Arbeitsunfähig

Das Plus an Leistungen

Krankentagegeld – Tarif T+

Über einen längeren Zeitraum arbeitsunfähig zu sein, ist schlimm genug. Schön wäre es, wenn Geldsorgen die Situation nicht zusätzlich erschweren. Vereinbaren Sie ein Krankentagegeld, um Ihre persönliche Einkommenslücke zu schließen.

- Zeitlich unbegrenzte Tagegeldzahlung nach Ablauf der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber
- Sonn- und Feiertage eingeschlossen
- Steuerfrei
- Auch im Ausland (im Krankenhaus)

Monatliche Raten der Tarifbeiträge in EUR

Eintrittsalter*	Kompakt		beim Arzt	
	Tarif B-Smart**	Tarif B-Smart+**	Tarif AN+	Tarif PRAEVI+**
00-14	6,81	17,82	14,26	5,17
15-21	9,80	17,82	13,78	3,28
21	12,36	18,13	24,92	8,90
22	12,36	18,13	25,47	8,90
23	12,36	18,13	26,04	8,90
24	12,36	18,13	26,65	8,90
25	12,36	18,13	27,22	8,90
26	12,36	18,13	27,76	8,90
27	12,36	18,13	28,27	8,90
28	12,36	18,13	28,74	8,90
29	12,36	18,13	29,18	8,90
30	12,36	18,13	29,59	8,90
31	14,88	26,11	29,96	8,90
32	14,88	26,11	30,29	8,90
33	14,88	26,11	30,59	8,90
34	14,88	26,11	30,85	8,90
35	14,88	26,11	31,08	8,90
36	14,88	26,11	31,30	14,84
37	14,88	26,11	31,49	14,84
38	14,88	26,11	31,65	14,84
39	14,88	26,11	31,79	14,84
40	14,88	26,11	31,93	14,84
41	19,09	35,28	32,05	14,84
42	19,09	35,28	32,17	14,84
43	19,09	35,28	32,28	14,84
44	19,09	35,28	32,38	14,84
45	19,09	35,28	32,47	14,84
46	19,09	35,28	32,55	14,84
47	19,09	35,28	32,63	14,84
48	19,09	35,28	32,70	14,84
49	19,09	35,28	32,75	14,84
50	19,09	35,28	32,81	14,84
51	24,65	46,18	32,86	15,14
52	24,65	46,18	32,90	15,14
53	24,65	46,18	32,94	15,14
54	24,65	46,18	32,98	15,14
55	24,65	46,18	33,01	15,14
56	24,65	46,18	33,04	15,14
57	24,65	46,18	33,07	15,14
58	24,65	46,18	33,10	15,14
59	24,65	46,18	33,12	15,14
60	24,65	46,18	33,13	15,14
61	38,11	61,97	33,15	15,14
62	38,11	61,97	33,16	15,14
63	38,11	61,97	33,17	15,14
64	38,11	61,97	33,18	15,14
65	38,11	61,97	33,19	15,14

beim Zahnarzt			im Krankenhaus	
Tarif ZGu+**	Tarif AZ+**	Tarif PROPHY	Tarif TopS	Tarif S+
2,53	0,19	4,90	5,06	4,79
5,35	0,91	4,90	9,61	8,99
18,74	4,82	9,90	34,68	31,43
18,74	4,82	9,90	35,56	32,23
18,74	4,82	9,90	36,47	33,06
18,74	4,82	9,90	37,42	33,92
18,74	4,82	9,90	38,36	34,76
18,74	4,82	9,90	39,27	35,59
18,74	4,82	9,90	40,15	36,39
18,74	4,82	9,90	41,02	37,17
18,74	4,82	9,90	41,86	37,93
18,74	4,82	9,90	42,68	38,68
18,74	4,82	9,90	43,49	39,41
18,74	4,82	9,90	44,28	40,12
18,74	4,82	9,90	45,05	40,83
18,74	4,82	9,90	45,81	41,51
18,74	4,82	9,90	46,63	42,25
33,53	8,96	9,90	47,51	43,05
33,53	8,96	9,90	48,45	43,90
33,53	8,96	9,90	49,47	44,82
33,53	8,96	9,90	50,55	45,80
33,53	8,96	9,90	51,70	46,84
33,53	8,96	9,90	52,92	47,94
33,53	8,96	9,90	54,20	49,10
33,53	8,96	9,90	55,55	50,33
33,53	8,96	9,90	56,98	51,63
33,53	8,96	9,90	58,47	52,97
33,53	8,96	9,90	60,02	54,37
33,53	8,96	9,90	61,63	55,83
33,53	8,96	9,90	63,31	57,35
33,53	8,96	9,90	65,06	58,94
33,53	8,96	9,90	66,85	60,56
48,55	13,62	9,90	68,68	62,22
48,55	13,62	9,90	70,55	63,91
48,55	13,62	9,90	72,47	65,65
48,55	13,62	9,90	74,45	67,44
48,55	13,62	9,90	76,49	69,28
48,55	13,62	9,90	78,59	71,19
48,55	13,62	9,90	80,76	73,15
48,55	13,62	9,90	83,01	75,19
48,55	13,62	9,90	85,35	77,30
48,55	13,62	9,90	87,71	79,44
48,55	13,62	9,90	90,10	81,60
48,55	13,62	9,90	92,52	83,80
48,55	13,62	9,90	94,99	86,04
48,55	13,62	9,90	97,51	88,31
48,55	13,62	9,90	100,04	90,60

		bei Verdienstausfall
Tarif SOS**	**Tarif KH+**	**Tarif T42+** (je 1,- EUR)
1,34	0,06	0,33
1,69	0,09	0,33
2,73	0,17	0,33
2,73	0,17	0,34
2,73	0,18	0,35
2,73	0,18	0,37
2,73	0,18	0,38
2,73	0,19	0,39
2,73	0,19	0,40
2,73	0,20	0,41
2,73	0,20	0,42
2,73	0,20	0,43
2,73	0,21	0,45
2,73	0,21	0,46
2,73	0,22	0,47
2,73	0,22	0,48
2,73	0,23	0,50
6,01	0,23	0,51
6,01	0,24	0,53
6,01	0,24	0,54
6,01	0,25	0,56
6,01	0,25	0,58
6,01	0,26	0,59
6,01	0,27	0,61
6,01	0,27	0,63
6,01	0,28	0,65
6,01	0,29	0,67
6,01	0,30	0,69
6,01	0,30	0,71
6,01	0,31	0,73
6,01	0,32	0,75
6,01	0,33	0,77
25,89	0,34	0,80
25,89	0,35	0,82
25,89	0,36	0,84
25,89	0,37	0,86
25,89	0,38	0,87
25,89	0,39	0,89
25,89	0,40	0,91
25,89	0,41	0,92
25,89	0,42	0,93
25,89	0,43	0,94
25,89	0,44	0,95
25,89	0,46	0,96
25,89	0,47	0,97
25,89	0,48	0,97
25,89	0,50	0,97

* Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene) bei den Tarifen AN+, S+, TopS, KH+ und T42+ der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt. Bei den Tarifen PRAEVI+, ZGu+ und AZ+ wird hingegen ein Lebensjahr als voll gerechnet, wenn von ihm mehr als 6 Monate vergangen sind. Der Beitrag für Kinder bzw. Jugendliche (0-14 bzw. 15-21 Jahre) gilt für alle Tarife bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden.

** Wichtiger Hinweis: Die Beiträge ändern sich mit Erreichen der nächsten Altersgrenze.

Krankenversicherungs-antrag

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Barmenia Versicherungen

Leben | Kranken | Unfall | Sach

Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen

Inhaltsübersicht:

	Seite
Produktinformationsblatt	19-21
Allgemeine Kundeninformation	21-22
Tarif B-Smart *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	22-28
Taif B-Smart+ *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	28-35
Tarif AN+ *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	35-39
Tarif PRAEVI+ *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	39-41
Tarif PROPHY *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	41-43
Tarif ZGu+ *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	43-45
Tarif AZ+ *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	46-47
Tarif TopS *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	47-49
Tarif S+ *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	50-51
Tarif SOS.stationär *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	51-53
Tarif KH+ *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	53-54
Tarif T42+ *) *(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)*	55-56
Besondere Bedingungen zu dem Tarif AN+	57-57
Besondere Bedingungen zu dem Tarif S+	57-59
Besondere Bedingungen zu dem Tarif Top S	59-60
Allgemeine Versicherungsbedingungen *(für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung: Teil I: Musterbedingungen + Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen)*	60-80
Allgemeine Versicherungsbedingungen *für die Tarife PROPHY und SOS.stationär (für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung: Teil I: Musterbedingungen + Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen)*	80-92
Allgemeine Versicherungsbedingungen *(für die Krankentagegeldversicherung: Teil I: Musterbedingungen + Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen)*	92-102

*) Hinweis:
Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet. Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen Abschnitte in den Tarifdruckstücken nicht unbedingt fortlaufend ist.

Stand: 01.01.2016

Produktinformationsblatt

Mit den nachstehenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Krankenversicherung. **Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend.** Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Versicherungsschein, einem gestellten Antrag und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Art des angebotenen Versicherungsvertrages
Krankenversicherung

2. Beschreibung des Versicherungsschutzes und der eventuell ausgeschlossenen Risiken

Tarif B-Smart
Ergänzungstarif für gesetzliche Zuzahlungen, Sehhilfen, Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit, Soforthilfe bei schweren Erkrankungen und vieles mehr.

Tarif B-Smart+:
Ergänzungstarif für Zahnersatz, Kieferorthopädie für Kinder, gesetzliche Zuzahlungen, Sehhilfen, Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit, Soforthilfe bei schweren Erkrankungen und vieles mehr.

Tarif AN+:
Naturheilverfahren durch Ärzte, Heipraktikerbehandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen.

Tarif PRAEVI+:
Ärztliche Vorsorgemaßnahmen.

Tarif PROPHY:
Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe.

Tarif ZGu+:
Zahnersatz, Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe.

Tarif AZ+:
Zahnersatz und Inlays.

Tarif TopS:
Stationäre Heilbehandlung (privatärztliche Behandlung, Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag, ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen sowie ambulante Operationen im Krankenhaus), Rücktransportkosten, Reha-Tagegeld

Tarif S+:
Stationäre Heilbehandlung (privatärztliche Behandlung, Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag, ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen sowie ambulante Operationen).

Tarif SOS.stationär
Stationäre Heilbehandlung bei schweren Erkrankungen (privatärztliche Leistungen und Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag).

Tarif KH+:
Krankenhaustagegeld bei stationärer Behandlung.

Tarif T42+:
Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit ab 43. Tag.

Besondere Bedingungen zu dem Tarif AN+ (für junge Versicherungspflichtige in der GKV).

Besondere Bedingungen zu dem Tarif S+ (für junge Versicherungspflichtige in der GKV).

Besondere Bedingungen zu dem Tarif TopS (für junge Versicherungspflichtige in der GKV).

Dem Versicherungsschutz liegen folgende Allgemeine Versicherungsbedingungen zu Grunde:

- Tarife B-Smart, B-Smart+, AN+, PRAEVI+, PROPHY, ZGu+, AZ+, TopS, S+, SOS.stationär, KH+, T+.
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 09 und TB/KK 13.
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung für die Tarife PROPHY und SOS.stationär MB/KK 09 und TB/KK 11.
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 09 und TB/KT 13.

Einzelheiten des Versicherungsschutzes sind den §§ 4 f. "Umfang der Leistungspflicht" der vorgenannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls dem jeweiligen Tarif zu entnehmen.

3. Höhe der zu entrichtenden Beiträge, ihre Fälligkeit sowie der Zeitraum, für den die Beiträge zu entrichten sind und die Folgen unterbliebener oder verspäteter Zahlung

Der Gesamtbeitrag für die Versicherung ergibt sich für die beantragten Tarife dem Eintrittsalter der zu versichernden Person(en) entsprechend aus der Beitragsübersicht.

Vorbehaltlich der Vereinbarung einer anderen Zahlweise wird der Versicherungsbeitrag monatlich - am 1. eines Monats - fällig. Bei erteilter Einzugsermächtigung wird der Beitrag je-

weils zum Fälligkeitstermin vom angegebenen Konto abgebucht.
Im Fall einer vereinbarten individuellen Zahlung (z. B. Überweisung, Dauerauftrag) muss die Zahlungshandlung rechtzeitig vor dem Fälligkeitstermin erfolgt sein.
Unterbliebene oder verspätete Beitragszahlungen gefährden den vereinbarten Versicherungsschutz und unter Umständen den Fortbestand des Vertrages.
Einzelheiten sind dem § 8 "Beitragszahlung" der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Sollte die Beitragszahlung nicht vereinbarungsgemäß erfolgen, entstehen zusätzlich zu den bereits in den Beiträgen enthaltenen Kosten weitere Aufwände, die in Rechnung gestellt werden können. Dies betrifft Kosten durch die Rückgabe von Lastschriften, Mahnkostenpauschale für entstandenen Aufwand der Mahnbearbeitung sowie ggf. Verzugszinsen bzw. Säumniszuschläge.

4. Leistungsausschlüsse
Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbedingungen enthalten Ausschlüsse, durch die bestimmte Leistungen eingeschränkt werden bzw. nicht im Versicherungsschutz enthalten sind.
So besteht beispielsweise keine Leistungspflicht, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat.
Einzelheiten sind dem § 5 "Einschränkung der Leistungspflicht" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls dem jeweiligen Tarif zu entnehmen.

5. Obliegenheiten bei Vertragsschluss
Vor dem Vertragsschluss trifft den Versicherungsnehmer eine besondere Anzeigeobliegenheit. Dieser hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.
Andernfalls kann sich der Versicherer vorzeitig von dem Vertrag lösen und der Versicherungsnehmer kann - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - den Versicherungsschutz verlieren.
Gegebenenfalls kann der Versicherer auch bei Fortsetzung des Vertrages die Versicherungsbeiträge anpassen. Einzelheiten finden sich in der Belehrung zu § 19 (5) VVG im Antrag.

6. Obliegenheiten während der Laufzeit des Vertrages
Auch während der Laufzeit des Vertrages muss der Versicherungsnehmer bestimmte Obliegenheiten beachten.

Beispiele:

- 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.
- In der Krankentagegeldversicherung ist jeder Berufswechsel einer versicherten Person unverzüglich anzuzeigen.

Die Nichteinhaltung der während der Vertragslaufzeit zu beachtenden Obliegenheiten kann zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen. Unter Umständen kann der Versicherer den Vertrag vorzeitig kündigen. Einzelheiten sind den §§ 9 und 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls dem jeweiligen Tarif zu entnehmen.

7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles
Besondere Obliegenheiten werden vom Versicherungsnehmer auch bei Eintritt des Versicherungsfalles erwartet.

Beispiele:

- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- In der Krankentagegeldversicherung ist eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises anzuzeigen.

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Er endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Einzelheiten sind dem § 2 "Beginn des Versicherungsschutzes" und § 7 "Ende des Versicherungsschutzes" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls dem jeweiligen Tarif zu entnehmen.

9. Vertragslaufzeit und Möglichkeiten einer Beendigung des Vertrages
Eine Krankheitskostenversicherung wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigt.
Außerordentliche Kündigungsmöglichkeiten des Versicherungsnehmers (z. B. wegen Er-

höhung der Beiträge) und des Versicherers (z. B. wegen Verzuges mit der Beitragszahlung) sind zusammen mit weiteren Möglichkeiten einer Beendigung des Vertrages den §§ 13 bis 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls dem jeweiligen Tarif zu entnehmen.

Allgemeine Kundeninformation

1. Identität des Versicherers
Versicherer ist die Barmenia Krankenversicherung a. G. in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit mit Sitz in Wuppertal, Amtsgericht Wuppertal HRB 3871. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal.

2. Ladungsfähige Anschrift
Die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer maßgebliche Anschrift lautet:
Barmenia Krankenversicherung a. G.,
Barmenia-Allee 1,
42119 Wuppertal.
Die Barmenia Krankenversicherung a. G. wird vertreten durch den Vorstand. Vorstandsvorsitzender ist Herr Dr. Andreas Eurich.

3. Hauptgeschäftstätigkeit und zuständige Aufsichtsbehörde
Die Barmenia Krankenversicherung a. G. ist durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Betrieb von Kranken- und Pflegeversicherungen in allen ihren Arten zugelassen.

4. Garantie-/Sicherungsfonds
Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung
a) Für die Versicherungen gelten die für die jeweiligen Tarife gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die diesen Unterlagen beigefügt sind.

b) Art und Umfang der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen.

Die Versicherungsleistung wird fällig, sobald der Versicherer die Anspruchsberechtigung festgestellt hat.

6. Gesamtpreis der Versicherung
Der Gesamtpreis für die Versicherung ergibt sich für die beantragten Tarife dem Eintrittsalter der zu versichernden Person(en) entsprechend aus der Beitragsübersicht.

7. Steuern, Gebühren oder Kosten
Mit Ausnahme der unter Ziffer 3 des Produktinformationsblattes angeführten Mahnkostenpauschale fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder sonstige Gebühren an.

8. Einzelheiten zur Beitragszahlung
Einzelheiten zur Beitragszahlung sind in Ziffer 3 des Produktinformationsblattes beschrieben.

9. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen
Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

10. Zu-Stande-Kommen des Vertrages
Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.
Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

11. 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, nach dem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.
Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
Barmenia Krankenversicherung a. G.,
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal,
Telefax: 0202 438-2846,
E-Mail: info@barmenia.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 einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrages. 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.

12. Laufzeit
Einzelheiten zur Laufzeit sind dem Produktinformationsblatt (Ziffer 9) zu entnehmen.

13. Angaben zur Vertragsbeendigung
Einzelheiten zur Vertragsbeendigung sind dem Produktinformationsblatt (Ziffer 9) zu entnehmen.

14. Anwendbares Recht
Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

15. Sprache
Die Vertragsbedingungen und die hier unter den Nummern 1 bis 17 gegebenen Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit dieser Versicherung erfolgt in Deutsch.

16. Versicherungsombudsmann
Außergerichtlich kann eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann für private Krankenversicherungen, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, eingelegt werden. Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten.

17. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde
Eine Beschwerde kann auch gerichtet werden an: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn.

18. Wichtige Informationen zum Schutz Ihrer Daten durch die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft"
Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. hat gemeinsam mit seinen Mitgliedsunternehmen "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten der Versicherten durch die Versicherungsunternehmen" - einen so genannten Code of Conduct - aufgestellt und mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt. Die Barmenia-Unternehmen sind diesem Code of Conduct zum 01.04.2013 beigetreten und haben sich damit zu seiner Einhaltung verpflichtet.

Den vollständigen Wortlaut der Verhaltensregeln können Sie unter
www.datenschutz.barmenia.de nachlesen.

Sie möchten die Verhaltensregeln gerne in Papierform erhalten oder haben Fragen dazu? Dann rufen Sie einfach an: Sie erreichen die Barmenia-Kundenbetreuung montags bis freitags von 07:00 - 20:00 Uhr und samstags von 09:00 - 15:00 Uhr unter 0202 438-3303.

Tarif B-Smart

Ergänzungstarif für Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif B-Smart in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen (MB/KK 09) und
Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
Teil III Tarif B-Smart. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs B-Smart im Versicherungsschein: **SMA**

A. Vormerkung
Wer kann versichert werden?
Nach dem Tarif B-Smart können Personen versichert werden, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Ein Höchstalter für die Aufnahme in den Tarif B-Smart gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen
Bitte beachten Sie diesen Hinweis!
Der Tarif B-Smart bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen[1] einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV ergänzt. Deshalb nehmen Sie bitte die Leistungen der GKV zuerst in Anspruch.
Die Vorleistung der GKV ist Voraussetzung für die Übernahme der Kosten nach dem Tarif B-Smart in folgenden Fällen:

[1] Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

Krankengeld bei Erkrankung des versicherten Kindes → Ziffer 7 und Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen → Ziffer 8. Leistet die GKV in diesen Fällen nicht, dann entfallen auch die Leistungen nach dem Tarif B-Smart.

Zusätzlich bietet der Tarif B-Smart Leistungen, für die bei der GKV kein Anspruch besteht (zum Beispiel in der Regel bei Sehhilfen für Erwachsene). In diesem Fall erhalten Sie die tariflichen Leistungen ohne Abzug einer Vorleistung der GKV.

Was ist versichert und in welcher Höhe?
1. Sehhilfe
100 % der Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren. Wie Sie den Gesamtbetrag innerhalb des Zeitraumes aufteilen, spielt dabei keine Rolle.

Beispiel:

Datum	Kosten	Leistungen
18.10 des laufenden Jahres	1. Brille: 225 EUR	225 EUR
01.08. des Folgejahres	2.Brille: 150 EUR	75 EUR
bis 31.12 des Folgejahres		300 EUR insgesamt

Nach Ablauf von zwei Kalenderjahren besteht ein neuer Anspruch auf Sehhilfen, in diesem Beispiel ab 01.01. des dritten Jahres.

2. Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)
100 % der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000 EUR für beide Augen. Wir ersetzen die Kosten einmalig, frühestens nach Ablauf von zwei Jahren seit Beginn dieses Tarifs.
Versichert sind Operationen, um eine Fehlsichtigkeit zu beheben (zum Beispiel LASIK) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen. Wir erstatten Gebühren für ärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

3. Heil- und Hilfsmittel
100 % der Kosten für Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräten) bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR pro Kalenderjahr. Zusammen mit den Leistungen für Hörgeräte (siehe unten) werden insgesamt bis zu 600 EUR pro Kalenderjahr erstattet.

Beispiel: Sie haben in diesem Kalenderjahr für Hörgeräte bereits Leistungen in Höhe von 400 EUR erhalten. Dann erhalten Sie für Heil- und Hilfsmittel noch bis zu 200 EUR.

Heilmittel sind medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Hilfsmittel sind
- Bandagen
- orthopädische Schuhe
- Einlagen
- Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen
- elektronische Kehlköpfe
- Körperersatzstücke (zum Beispiel Prothesen und Epithesen)
- Geh- und Stützapparate
- Kunstaugen
- Krankenfahrstühle und
- lebenserhaltende Hilfsmittel, zum Beispiel Atemmonitore

100 % der Kosten für **Hörgeräte** bis zu einem Gesamtbetrag von 600 EUR pro Kalenderjahr. Von dem Gesamtbetrag werden die Leistungen für Heil- und Hilfsmittel (siehe oben) abgezogen.

Beispiel: Sie haben in diesem Kalenderjahr für Heilmittel bereits Leistungen in Höhe von 200 EUR erhalten. Dann erhalten Sie für Hörgeräte noch bis zu 400 EUR.

4. Gesetzliche Zuzahlungen
100 % der Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben. Das sind Zuzahlungen für

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
- Heilmittel, zum Beispiel Krankengymnastik oder Massagen (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel, zum Beispiel Hörgeräte oder Krankenfahrstühle (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
  Falls Sie diese Leistung auch über einen anderen Tarif der Barmenia abgesichert haben, gilt Folgendes: Sie erhalten ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR für jeden Tag, für den Sie die Zuzahlung zu tragen haben
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Bitte beachten Sie bei den Belegen Folgendes:
Bitte reichen Sie bei Arznei- und Verbandmitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln eine Kopie des Rezeptes und/oder der ärztlichen Verordnung ein. Diese müssen den Namen und Vornamen der versicherten Person sowie Stempel und Unterschrift des Zuzahlungs-Empfängers (zum Beispiel Apotheke) pro

Mittel enthalten.
Bitte reichen Sie bei anderen Zuzahlungen eine Quittung mit dem Namen der versicherten Person und des Zuzahlungs-Empfängers (zum Beispiel Krankenhaus) ein.
Sie können auch ein von der GKV akzeptiertes Formular verwenden, mit dem die Zuzahlungen nachgewiesen werden. Dieses muss den Namen und Vornamen der behandelten Person sowie Stempel und Unterschrift des Zuzahlungs-Empfängers enthalten. Außerdem muss Art und Höhe der Zuzahlung und das Datum der Leistung hervorgehen, für die Sie eine Zuzahlung zu tragen haben.
Wenn Sie die Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 SGB V erreicht haben, sind Sie von Zuzahlungen befreit. In diesem Fall erhalten Sie keine Leistungen nach dem Tarif B-Smart.

5. Naturheilverfahren durch Ärzte/Behandlungen durch Heilpraktiker
100 % der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr.
Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2012 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1.
Bei Naturheilverfahren durch Ärzte erstatten wir die Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

6. Soforthilfe bei schweren Erkrankungen (Einmalzahlung)
5.000 EUR bei Vorliegen einer schweren ärztlich diagnostizierten Erkrankung, die Sie im Anhang 2 finden. Sie erhalten die Soforthilfe einmal für die gesamte Vertragsdauer in einer Summe. Tritt zu dieser Erkrankung eine weitere im Anhang 2 aufgeführte schwere Erkrankung hinzu, zahlen wir keine weitere Pauschalleistung. Bitte weisen Sie die schwere Erkrankung durch ein ärztliches Attest nach.

Außerdem erhalten Sie zusätzlich die Soforthilfe in Höhe von 5.000 EUR, wenn
- für die versicherte Person ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) festgestellt wurde und
- zu diesem Zeitpunkt die versicherte Person noch keine 21 Jahre alt ist. Bitte weisen Sie den GdB durch den Bescheid des Versorgungsamtes nach.

Hat eine schwere Erkrankung nach Anhang 2 zu diesem GdB geführt, zahlen wir die Soforthilfe insgesamt nur einmalig. Das heißt: Bei Feststellung dieses GdB zahlen wir zusätzlich keine Soforthilfe. Das Gleiche gilt bei einer Erhöhung des GdB. Auch in diesem Fall zahlen wir zusätzlich keine Soforthilfe.

7. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (bei Leistung der GKV)
15 EUR pro Tag für das nach diesem Tarif versicherte Kind, so lange Sie Krankengeld auf Grund der Erkrankung dieses Kindes nach § 45 SGB V erhalten.
Bitte weisen Sie durch eine Bescheinigung der GKV nach, wie lange ein Anspruch auf Kinderkrankengeld bestand.

8. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen (nach Vorleistung der GKV)
100 % der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte.
Zu den Mehrkosten zählen nicht die Kosten für bessere Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus sowie für privatärztliche Behandlungen.
Leistet die GKV nicht, entfällt auch die Leistung nach dem Tarif B-Smart.

9. Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)
100 % der Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn Sie als Elternteil während einer stationären Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus als Begleitperson stationär mit aufgenommen werden.
Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 12 Jahre alt ist.

10. Reise-Schutzimpfungen
100 % der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR pro Kalenderjahr.
Versichert sind die Kosten für Reise-Schutzimpfungen (einschließlich Malaria-Prophylaxe) bei Auslandsreisen einschließlich medizinischer Beratung.
Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

11. Versicherungsschutz im Ausland
Vorbemerkung
Sie haben Versicherungsschutz bei im Ausland auftretenden Krankheiten oder Unfällen. Außerdem haben Sie Versicherungsschutz bei notwendiger ärztlicher Untersuchung und

Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.
Sie erhalten Leistungen für im Ausland entstandene Kosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung. Dies gilt auch, wenn eine sich ausbreitende Infektionskrankheit (Pandemie) die Heilbehandlungen verursacht. Außerdem erhalten Sie die unter Ziffer 11 c) bis f) genannten Leistungen.
Der Versicherungsschutz besteht für **die ersten acht Wochen** eines vorübergehenden urlaubs- oder beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes. Er verlängert sich, wenn Sie aus medizinischen Gründen nicht innerhalb dieses Zeitraums die Rückreise antreten können. Sie haben dann so lange Versicherungsschutz, bis Sie ohne Gefährdung Ihrer Gesundheit zurückreisen können. Der Versicherungsschutz endet jedoch spätestens mit Ende des Versicherungsverhältnisses.
Bei der Geburt eines Kindes im Ausland haben die versicherte Mutter und das neugeborene Kind so lange Versicherungsschutz, bis sie nach Deutschland zurückreisen können.
Bei im Ausland entstandenen Kosten
- müssen aus Rezepten das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen,
- müssen bei Zahnbehandlungen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und die daran vorgenommenen Maßnahmen beinhalten und
- muss bei einer Überführung oder Bestattung eine amtliche Sterbeurkunde vorgelegt werden.

Weitere Details finden Sie unter § 6 MB/KK 09 (Auszahlung der Versicherungsleistungen).
Sie haben keinen Versicherungsschutz
- für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen und
- bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Was ist versichert und in welcher Höhe?
a) Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung
100 % der Kosten für
- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten
- ärztlich verordnete Arzneimittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel. Dazu zählen zum Beispiel auch solche Mittel, die ihrer Bestimmung nach der individuellen Lebensführung dienen, zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung und Haarwuchsmittel) und Verbandmittel.
- ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen
- ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden und auf eine Krankheit oder einen Unfall zurückzuführen sind. Ausgenommen sind Sehhilfen und Hörgeräte.
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen
- Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
- notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in ein aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus
- notwendigen Transport zum Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall
- Zahnbehandlung in Form von notwendigen einfachen Zahnfüllungen, Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sowie provisorischer Zahnersatz

Versicherungsschutz besteht auch für die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2012 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, soweit diese ein Arzt vornimmt.
Wir erstatten Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnissen, preislichen Regelwerken oder Preislisten hinaus.

Wahlrecht bei stationärer Heilbehandlung:
Bei einer stationären Heilbehandlung können Sie an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
30 EUR für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung. Bitte reichen Sie in diesem Fall eine Bescheinigung des Krankenhauses ein.

b) Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)
100 % der Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn Sie als Elternteil während einer stationären Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus als Begleitperson stationär mit aufgenommen werden.
Voraussetzung ist, dass Ihr Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 12 Jahre alt ist.

c) Krankenhaustagegeld
15 EUR für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

d) Rettung und Bergung
100 % der Kosten bis zu einem Betrag von 5.000 EUR, wenn Sie wegen eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden müssen.

e) Rücktransport
100 % der Kosten für
- einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport aus dem Ausland. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie wegen Krankheit oder Unfall an den ständigen Wohnsitz oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche medizinisch geschulte Begleitpersonal.
- Rettungsflüge.
  Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Außerdem ist Voraussetzung, dass der Rettungsflug nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit ist, Ihr Leben zu retten. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.

Diese Kosten ersetzen wir auch, wenn
- die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland über den Rücktransportkosten liegen oder
- nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage übersteigt.

500 EUR pauschal zum Ausgleich weiterer Kosten bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge.

f) Überführung
100 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 10.000 EUR, wenn Sie im Ausland sterben. Versichert sind die Kosten der Überführung an den Wohnsitz oder die Kosten der Bestattung am Sterbeort.

C. Beiträge
1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	6,81
15 - 21	9,80
21 - 30	12,36
31 - 40	14,88
41 - 50	19,09
51 - 60	24,65
61 -	38,11

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.
2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?
Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) ist bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 14 bzw. 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. 21 - 30 zu zahlen.
Der Beitrag der Altersgruppen 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 30 Jahre und sechs Monate, 40 Jahre und sechs Monate, 50 Jahre und sechs Monate bzw. 60 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

Beispiel:
Bei Abschluss des Tarifs B-Smart sind Sie 35 Jahre alt. Der Beitrag wird nach der Altersgruppe 31 - 40 berechnet. Wenn Sie am 03.03. eines Jahres 40 Jahre alt werden, zahlen Sie ab dem 01.10. dieses Jahres den Beitrag der Altersgruppe 41 - 50.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz
Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten.

Bei Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) haben Sie erst nach Ablauf von zwei Jahren seit Beginn dieses Tarifs Versicherungsschutz (siehe Buchstabe B, Ziffer 2).

2. Wird die Liste für Naturheilverfahren aktualisiert?
Ändern sich die im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführten Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden, können wir den Leistungsumfang entsprechend ändern. Voraussetzung ist, dass dies zur Wahrung Ihrer Interessen erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen der Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

3. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?
Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, dann gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige

Haftung vereinbart ist. Diese Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, Sie müssen den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen.

4. Wann können Sie den Tarif B-Smart kündigen?
Nach dem Tarif B-Smart beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif B-Smart zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif B-Smart ohne eine Frist zum Ende eines jeden Monats kündigen.

Beispiel:
Beginn des Tarifs B-Smart:
01.04. des laufenden Jahres

Ende der Mindesttarifdauer:
31.03. des Folgejahres

Frühest möglicher Kündigungstermin
des Tarifs B-Smart:
31.03. des Folgejahres

5. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV endet?
In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif B-Smart zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet.
Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV unverzüglich mit.

Anhang 1
Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
  - Aderlass
  - Baunscheidt-Behandlung
  - Bier`sche Stauung
  - Blutegelbehandlung
  - Cantharidentherapie
  - Fontanellentherapie
  - Pustulantien-Behandlung
  - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin:
  Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien
  (Die Kosten für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.)
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Neuraltherapie
- Nervenpunktmassage
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder`sches Verfahren
- Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback,

Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermotherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

Anhang 2
Liste der versicherten schweren Erkrankungen
Als schwere Erkrankungen im Sinne des Buchstaben B, Ziffer 6 des Tarifs B-Smart gelten:
- Akuter Herzinfarkt mit sonografisch nachgewiesener Einschränkung der Pumpfunktion von mindestens 50 %
- Bösartiger solider Tumor mit Metastasierung
- Bösartige Erkrankungen der Lymphknoten
- Bösartige Erkrankungen des blutbildenden Systems
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche
- Organtransplantation (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark) als Empfänger
- Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades
- Infektiöse, parasitäre und bösartige Erkrankungen infolge HIV-Krankheit
- Nicht medikamentös herbeigeführtes Koma oder Wachkoma
- Lähmung eines Beines und eines Armes oder einer Körperhälfte oder Querschnittslähmung durch Schädigung des Gehirns oder Rückenmarks
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Sehvermögens (Blindheit) auf beiden Augen
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Hörvermögens (Taubheit) auf beiden Ohren
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Sprachvermögens (Stummheit) durch organische Ursachen (Irreversible Schädigung des Sprechapparates - Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge - oder des zentralen Nervensystems)
- Poliomyelitis mit dauerhafter Paralyse (Beeinflussung von Atmung und Motorik)
- Dauerhafter Verlust oder irreversible völlige Funktionsunfähigkeit mindestens eines Armes und eines Beines oder beider Arme und beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenkes
- Progressive Muskeldystrophie
- Creutzfeldt-Jacob-Krankheit
- Systemischer Lupus erythematodes
- Motoneuronerkrankung mit irreversiblem Verlust neurologischer Fähigkeiten

Tarif B-Smart+

Ergänzungstarif für Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind
Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif B-Smart+ in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen (MB/KK 09) und
Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
Teil III Tarif B-Smart+. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs B-Smart+ im Versicherungsschein: **SMA+**

A. Vorbemerkung
Wer kann versichert werden?
Nach dem Tarif B-Smart+ können Personen versichert werden, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Ein Höchstalter für die Aufnahme in den Tarif B-Smart+ gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen
Bitte beachten Sie diesen Hinweis!
Der Tarif B-Smart+ bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen[1] einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV ergänzt. Deshalb nehmen Sie bitte die Leistungen der GKV zuerst in Anspruch.
Die Vorleistung der GKV ist Voraussetzung für die Übernahme der Kosten nach dem Tarif B-Smart+ in folgenden Fällen: Krankengeld bei Erkrankung des versicherten Kindes → Ziffer 8, Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen → Ziffer 9 und teilweise bei Zahn- und Kieferregulierung → Ziffer 14. Leistet die GKV in diesen Fällen nicht, dann entfallen auch die Leistungen nach dem Tarif B-Smart+.

---

[1] Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen

zu nennen.
Zusätzlich bietet der Tarif B-Smart+ Leistungen, für die bei der GKV kein Anspruch besteht (zum Beispiel in der Regel bei Sehhilfen für Erwachsene). In diesem Fall erhalten Sie die tariflichen Leistungen ohne Abzug einer Vorleistung der GKV.

Was ist versichert und in welcher Höhe?
1. Sehhilfen
100 % der Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren. Wie Sie den Gesamtbetrag innerhalb des Zeitraumes aufteilen, spielt dabei keine Rolle.

Beispiel:

Datum	Kosten	Leistungen
18.10 des laufenden Jahres	1. Brille: 225 EUR	225 EUR
01.08. des Folgejahres	2.Brille: 150 EUR	75 EUR
bis 31.12 des Folgejahres		300 EUR insgesamt

Nach Ablauf von zwei Kalenderjahren besteht ein neuer Anspruch auf Sehhilfen, in diesem Beispiel ab 01.01. des dritten Jahres.

2. Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)
100 % der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000 EUR für beide Augen. Wir ersetzen die Kosten einmalig, frühestens nach Ablauf von zwei Jahren seit Beginn dieses Tarifs.
Versichert sind Operationen, um eine Fehlsichtigkeit zu beheben (zum Beispiel LASIK) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen. Wir erstatten Gebühren für ärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

3. Heil- und Hilfsmittel
100 % der Kosten für Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen und Hörgeräten) bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR pro Kalenderjahr. Zusammen mit den Leistungen für Hörgeräte (siehe unten) werden insgesamt bis zu 600 EUR pro Kalenderjahr erstattet.

Beispiel: Sie haben in diesem Kalenderjahr für Hörgeräte bereits Leistungen in Höhe von 400 EUR erhalten. Dann erhalten Sie für Heil- und Hilfsmittel noch bis zu 200 EUR.

Heilmittel sind medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.
Hilfsmittel sind
- Bandagen
- orthopädische Schuhe
- Einlagen
- Kompressionsstrümpfe und -strumpfhosen
- elektronische Kehlköpfe
- Körperersatzstücke (zum Beispiel Prothesen und Epithesen)
- Geh- und Stützapparate
- Kunstaugen
- Krankenfahrstühle und
- lebenserhaltende Hilfsmittel, zum Beispiel Atemmonitore

100 % der Kosten **für Hörgeräte** bis zu einem Gesamtbetrag von 600 EUR pro Kalenderjahr. Von dem Gesamtbetrag werden die Leistungen für Heil- und Hilfsmittel (siehe oben) abgezogen.

Beispiel: Sie haben in diesem Kalenderjahr für Heilmittel bereits Leistungen in Höhe von 200 EUR erhalten. Dann erhalten Sie für Hörgeräte noch bis zu 400 EUR.

4. Gesetzliche Zuzahlungen
100 % der Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben. Das sind Zuzahlungen für
- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
- Heilmittel, zum Beispiel Krankengymnastik oder Massagen (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel, zum Beispiel Hörgeräte oder Krankenfahrstühle (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V) Falls Sie diese Leistung auch über einen anderen Tarif der Barmenia abgesichert haben, gilt Folgendes: Sie erhalten ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR für jeden Tag, für den Sie die Zuzahlung zu tragen haben.
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Bitte beachten Sie bei den Belegen Folgendes:
Bitte reichen Sie bei Arznei- und Verbandmitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln eine Kopie des Rezeptes und/oder der ärztlichen Verordnung ein. Diese müssen den Namen und Vornamen der versicherten Person sowie Stempel und Unterschrift des Zuzahlungs-Empfängers (zum Beispiel Apotheke) pro Mittel enthalten.
Bitte reichen Sie bei anderen Zuzahlungen eine Quittung mit dem Namen der versicherten Person und des Zuzahlungs-Empfängers (zum Beispiel Krankenhaus) ein.
Sie können auch ein von der GKV akzeptiertes Formular verwenden, mit dem die Zuzahlungen nachgewiesen werden. Dieses muss den Namen und Vornamen der behandelten Person sowie Stempel und Unterschrift

des Zuzahlungs-Empfängers enthalten. Außerdem muss Art und Höhe der Zuzahlung und das Datum der Leistung hervorgehen, für die Sie eine Zuzahlung zu tragen haben.
Wenn Sie die Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 SGB V erreicht haben, sind Sie von Zuzahlungen befreit. In diesem Fall erhalten Sie keine Leistungen nach dem Tarif B-Smart+.

5. Naturheilverfahren durch Ärzte/ Behandlungen durch Heilpraktiker
100 % der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr.
Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2012 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1.
Bei Naturheilverfahren durch Ärzte erstatten wir die Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

6. Frühkindliche Förderung für Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr
100 % der Kosten für Baby-Schwimmkurse, Kurse zur Babymassage und zur Baby-Frühförderung (zum Beispiel PEKiP).
Wir ersetzen die Kosten für das versicherte Kind bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr. Insgesamt erstatten wir während dieser Zeit insgesamt bis zu 300 EUR.

7. Soforthilfe bei schweren Erkrankungen (Einmalzahlung)
5.000 EUR bei Vorliegen einer schweren ärztlich diagnostizierten Erkrankung, die Sie im Anhang 2 finden. Sie erhalten die Soforthilfe einmal für die gesamte Vertragsdauer in einer Summe. Tritt zu dieser Erkrankung eine weitere im Anhang 2 aufgeführte schwere Erkrankung hinzu, zahlen wir keine weitere Pauschalleistung. Bitte weisen Sie die schwere Erkrankung durch ein ärztliches Attest nach.

Außerdem erhalten Sie zusätzlich die Soforthilfe in Höhe von 5.000 EUR, wenn
- für die versicherte Person ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 nach dem Schwerbehindertenrecht im Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) festgestellt wurde und
- zu diesem Zeitpunkt die versicherte Person noch keine 21 Jahre alt ist. Bitte weisen Sie den GdB durch den Bescheid des Versorgungsamtes nach.

Hat eine schwere Erkrankung nach Anhang 2 zu diesem GdB geführt, zahlen wir die Soforthilfe insgesamt nur einmalig. Das heißt: Bei Feststellung dieses GdB zahlen wir zusätzlich keine Soforthilfe. Das Gleiche gilt bei einer Erhöhung des GdB. Auch in diesem Fall zahlen wir zusätzlich keine Soforthilfe.

8. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (bei Leistung der GKV)
15 EUR pro Tag für das nach diesem Tarif versicherte Kind, so lange Sie Krankengeld auf Grund der Erkrankung dieses Kindes nach § 45 SGB V erhalten.
Bitte weisen Sie durch eine Bescheinigung der GKV nach, wie lange ein Anspruch auf Kinderkrankengeld bestand.

9. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen (nach Vorleistung der GKV)
100 % der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte.
Zu den Mehrkosten zählen nicht die Kosten für bessere Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus sowie für privatärztliche Behandlungen.
Leistet die GKV nicht, entfällt auch die Leistung nach dem Tarif B-Smart+.

10. Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)
100 % der Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn Sie als Elternteil während einer stationären Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus als Begleitperson stationär mit aufgenommen werden.
Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 12 Jahre alt ist.

11. Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen
100 % der Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen bis zu einem Gesamtbetrag von 60 EUR innerhalb eines Kalenderjahres.
Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel
- Feststellen des Zustandes der Mundhygiene sowie gründliche Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleisch-Zustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung

- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung ausgenommen Bleaching)
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Fissurenversiegelung.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ).

12. Zahnersatz

50 % der Kosten für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen. Unter den Versicherungsschutz für Zahnersatz fallen zum Beispiel Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen und Implantate. Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn 6 eingeschlossen. Zu den Vor- und Nachbehandlungen zählen zum Beispiel funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, augmentative Leistungen (Knochenaufbau) und Anästhesieleistungen.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen erstatten wir bis zu den angemessenen Preisen.

Die Leistungen für Zahnersatz sowie für Inlays und Kunststofffüllungen nach Ziffer 13 sind in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 1.000 EUR je Kalenderjahr begrenzt. Dieser Höchstbetrag entfällt für solche Kosten, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

13. Inlays und Kunststofffüllungen

100 % der Kosten für Inlays und Kunststofffüllungen.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen erstatten wir bis zu den angemessenen Preisen.

Die Leistungen für Inlays und Kunststofffüllungen sowie Zahnersatz nach Ziffer 12 sind in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 1.000 EUR je Kalenderjahr begrenzt. Dieser Höchstbetrag entfällt für solche Kosten, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

14. Zahn- und Kieferregulierung (Kieferorthopädie)

85 % der Kosten. Während der Vertragslaufzeit erstatten wir insgesamt bis zu 1.500 EUR.

Versicherungsschutz besteht

- für Zahn- und Kieferregulierung nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen **(KIG)** 1 und 2 oder
- für zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (so genannte **Mehr**leistungen, zum Beispiel Kunststoff- und Keramikbrackets), die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung nach den KIG 3 bis 5 erbracht werden. **Mehr**leistungen sind versichert, wenn hierfür kein Anspruch gegenüber der GKV besteht.

Bitte nehmen Sie die Leistungen der GKV zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Leistet die GKV für die unter ihre Leistungspflicht fallenden Aufwendungen nicht, entfällt auch die Leistung nach dem Tarif B-Smart+.

Voraussetzung ist, dass Sie bei Beginn der Behandlung noch keine 18 Jahre alt sind.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen erstatten wir bis zu den angemessenen Preisen.

Die Leistungen sind in den ersten drei Kalenderjahren begrenzt. Sie erhalten

- im ersten Kalenderjahr maximal 300 EUR
- in den ersten zwei Kalenderjahren zusammen maximal 600 EUR
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal 900 EUR

Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Die Kosten rechnen wir dem Kalenderjahr zu, in dem sie angefallen sind.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

15. Aufbissschienen (außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung), Wurzelbehandlungen und Parodontosebehandlung

100 % der Kosten für Aufbissschienen, die nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig werden. Außerdem sind Wurzelbehandlungen und Parodontosebehandlungen versichert.

16. Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie sowie Vollnarkosen (bei bestimmten zahnmedizinischen Maßnahmen)

100 % der Kosten für Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, die bei Behandlungen nach Ziffern 12 bis 15 durchgeführt wird. Außerdem sind Vollnarkosen bei Behandlungen nach Ziffern 12 bis 15 versichert.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ).

17. Reise-Schutzimpfungen
100 % der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR pro Kalenderjahr.
Versichert sind die Kosten für Reise-Schutzimpfungen (einschließlich Malaria-Prophylaxe) bei Auslandsreisen einschließlich medizinischer Beratung.
Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

18. Versicherungsschutz im Ausland
Vorbemerkung
Sie haben Versicherungsschutz bei im Ausland auftretenden Krankheiten oder Unfällen. Außerdem haben Sie Versicherungsschutz bei notwendiger ärztlicher Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.
Sie erhalten Leistungen für im Ausland entstandene Kosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung. Dies gilt auch, wenn eine sich ausbreitende Infektionskrankheit (Pandemie) die Heilbehandlungen verursacht. Außerdem erhalten Sie die unter Ziffer 18 c) bis f) genannten Leistungen.
Der Versicherungsschutz besteht für **die ersten acht Wochen** eines vorübergehenden urlaubs- oder beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes. Er verlängert sich, wenn Sie aus medizinischen Gründen nicht innerhalb dieses Zeitraums die Rückreise antreten können. Sie haben dann so lange Versicherungsschutz, bis Sie ohne Gefährdung Ihrer Gesundheit zurückreisen können. Der Versicherungsschutz endet jedoch spätestens mit Ende des Versicherungsverhältnisses.
Bei der Geburt eines Kindes im Ausland haben die versicherte Mutter und das neugeborene Kind so lange Versicherungsschutz, bis sie nach Deutschland zurückreisen können.

Bei im Ausland entstandenen Kosten
- müssen aus Rezepten das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen,
- müssen bei Zahnbehandlungen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und die daran vorgenommenen Maßnahmen beinhalten und
- muss bei einer Überführung oder Bestattung eine amtliche Sterbeurkunde vorgelegt werden.

Weitere Details finden Sie unter § 6 MB/KK 09 (Auszahlung der Versicherungsleistungen).
Sie haben keinen Versicherungsschutz
- für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen und
- bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

Was ist versichert und in welcher Höhe?
a) Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie Zahnbehandlung
100 % der Kosten für
- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten
- ärztlich verordnete Arzneimittel (ausgenommen Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel. Dazu zählen zum Beispiel auch solche Mittel, die ihrer Bestimmung nach der individuellen Lebensführung dienen, zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung und Haarwuchsmittel) und Verbandmittel.
- ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen
- ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden und auf eine Krankheit oder einen Unfall zurückzuführen sind. Ausgenommen sind Sehhilfen und Hörgeräte.
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen
- Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
- notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in ein aus medizinischer Sicht geeignetes Krankenhaus
- notwendigen Transport zum Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall
- Zahnbehandlung in Form von notwendigen einfachen Zahnfüllungen, Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz sowie provisorischer Zahnersatz

Versicherungsschutz besteht auch für die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2012 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, soweit diese ein Arzt vornimmt.
Wir erstatten Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnissen, preislichen Regelwerken oder Preislisten hinaus.

Wahlrecht bei stationärer Heilbehandlung:
Bei einer stationären Heilbehandlung können

Sie an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:

30 EUR für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung. Bitte reichen Sie in diesem Fall eine Bescheinigung des Krankenhauses ein.

b) Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-In)
100 % der Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn Sie als Elternteil während einer stationären Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus als Begleitperson stationär mit aufgenommen werden.
Voraussetzung ist, dass Ihr Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 12 Jahre alt ist.

c) Krankenhaustagegeld
15 EUR für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung

d) Rettung und Bergung
100 % der Kosten bis zu einem Betrag von 5.000 EUR, wenn Sie wegen eines Unfalls gesucht, gerettet oder geborgen werden müssen.

e) Rücktransport
100 % der Kosten für
- einen medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport aus dem Ausland.
  Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie wegen Krankheit oder Unfall an den ständigen Wohnsitz oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche medizinisch geschulte Begleitpersonal.
- Rettungsflüge.
  Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Außerdem ist Voraussetzung, dass der Rettungsflug nach ärztlicher Bescheinigung die einzige Möglichkeit ist, Ihr Leben zu retten. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.

Diese Kosten ersetzen wir auch, wenn
- die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland über den Rücktransportkosten liegen oder
- nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage übersteigt.

500 EUR pauschal zum Ausgleich weiterer Kosten bei einem medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge.

f) Überführung
100 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag von 10.000 EUR, wenn Sie im Ausland sterben. Versichert sind die Kosten der Überführung an den Wohnsitz oder die Kosten der Bestattung am Sterbeort.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 21	17,82
21 - 30	18,13
31 - 40	26,11
41 - 50	35,28
51 - 60	46,18
61 -	61,97

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?
Der Beitrag für Kinder (0 - 21 Jahre) ist bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.
Der Beitrag der Altersgruppen 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 30 Jahre und sechs Monate, 40 Jahre und sechs Monate, 50 Jahre und sechs Monate bzw. 60 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

Beispiel:
Bei Abschluss des Tarifs B-Smart+ sind Sie 35 Jahre alt. Der Beitrag wird nach der Altersgruppe 31 - 40 berechnet. Wenn Sie am 03.03. eines Jahres 40 Jahre alt werden, zahlen Sie ab dem 01.10. dieses Jahres den Beitrag der Altersgruppe 41 - 50.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz
Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten.
Bei Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) haben Sie erst

nach Ablauf von zwei Jahren seit Beginn dieses Tarifs Versicherungsschutz (siehe Buchstabe B, Ziffer 2).

2. Wird die Liste für Naturheilverfahren aktualisiert?
Ändern sich die im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführten Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden, können wir den Leistungsumfang entsprechend ändern. Voraussetzung ist, dass dies zur Wahrung Ihrer Interessen erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen der Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

3. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?
Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, dann gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Diese Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, Sie müssen den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen.

4. Worauf müssen Sie achten?
Neben dem Tarif B-Smart+ dürfen Sie bei der Barmenia oder einem anderen Versicherer keine weitere Krankheitskostenversicherung mit Leistungen für zahnärztliche Behandlungen abschließen.
Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, sind wir nach § 28 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, innerhalb eines Monats nach Kenntnisnahme der Verletzung den Vertrag fristlos zu kündigen.

5. Wann können Sie den Tarif B-Smart+ kündigen?
Nach dem Tarif B-Smart+ beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif B-Smart+ zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif B-Smart+ ohne eine Frist zum Ende eines jeden Monats kündigen.

Beispiel:
Beginn des Tarifs B-Smart+:
01.04. des laufenden Jahres

Ende der Mindesttarifdauer:
31.03. des Folgejahres

Frühest möglicher Kündigungstermin des Tarifs B-Smart+:
31.03. des Folgejahres

6. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV endet?
In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif B-Smart+ zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet.
Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV unverzüglich mit.

Anhang 1
Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
  - Aderlass
  - Baunscheidt-Behandlung
  - Bier`sche Stauung
  - Blutegelbehandlung
  - Cantharidentherapie
  - Fontanellentherapie
  - Pustulantien-Behandlung
  - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin: Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien (Die Kosten für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.)
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie

- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Neuraltherapie
- Nervenpunktmassage
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenblutherapie, UVE-Eigenblutherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder`sches Verfahren
- Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermotherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

Anhang 2
Liste der versicherten schweren Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne des Buchstaben B, Ziffer 7 des Tarifs B-Smart+ gelten:

- Akuter Herzinfarkt mit sonografisch nachgewiesener Einschränkung der Pumpfunktion von mindestens 50 %
- Bösartiger solider Tumor mit Metastasierung
- Bösartige Erkrankungen der Lymphknoten
- Bösartige Erkrankungen des blutbildenden Systems
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche
- Organtransplantation (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark) als Empfänger
- Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades
- Infektiöse, parasitäre und bösartige Erkrankungen infolge HIV-Krankheit
- Nicht medikamentös herbeigeführtes Koma oder Wachkoma
- Lähmung eines Beines und eines Armes oder einer Körperhälfte oder Querschnittslähmung durch Schädigung des Gehirns oder Rückenmarks
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Sehvermögens (Blindheit) auf beiden Augen
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Hörvermögens (Taubheit) auf beiden Ohren
- Vollständiger und irreversibler Verlust des Sprachvermögens (Stummheit) durch organische Ursachen (Irreversible Schädigung des Sprechapparates - Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge - oder des zentralen Nervensystems)
- Poliomyelitis mit dauerhafter Paralyse (Beeinflussung von Atmung und Motorik)
- Dauerhafter Verlust oder irreversible völlige Funktionsunfähigkeit mindestens eines Armes und eines Beines oder beider Arme und beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenkes
- Progressive Muskeldystrophie
- Creutzfeldt-Jacob-Krankheit
- Systemischer Lupus erythematodes
- Motoneuronerkrankung mit irreversiblem Verlust neurologischer Fähigkeiten

Tarif AN+

Ergänzungstarif für Naturheilverfahren durch Ärzte sowie Heilpraktikerbehandlung, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben

Der Tarif AN+ ist als Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13).

Versicherungsfähigkeit
Nach dem Tarif AN+ können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 **Ambulante Heilbehandlung**

1.111 **Naturheilverfahren durch Ärzte**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für die nicht unter die Leistungspflicht der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe fallenden naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind (s. Anhang), und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

1.112 **Behandlung durch Heilpraktiker**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführt sind (s. Anhang), und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Gebühren sind im tariflichen Umfang bis zum Höchstsatz des gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

1.113 **Sehhilfen**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen.

1.14 **Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten**

1.141 **Vorbemerkung**
Bei im Ausland auftretenden Krankheiten oder Unfällen, notwendiger ärztlicher Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder bei einem unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch ersetzt der Versicherer die dort entstehenden Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung gemäß Ziffer 1.142 und erbringt sonst vereinbarte Leistungen (Ziffern 1.143 bis 1.144). Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ersten acht Wochen eines vorübergehenden urlaubs- oder beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes.

Keine Leistungspflicht besteht für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen.

Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland.

1.142 **Ambulante und stationäre Heilbehandlung**
Der Versicherer ersetzt bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall die Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung (auch wenn diese durch eine Pandemie verursacht werden), ärztliche Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Früh- oder Fehlgeburt oder einen unvorhersehbaren medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch. Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für:

a) Ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
b) ärztlich verordnete Arzneimittel und Verbandmittel;
c) ärztlich verordnete Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
d) ärztlich verordnete Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen und Hörgeräte), soweit diese auf der versicherten Reise krankheits- oder unfallbedingt erstmals erforderlich werden;
e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;
f) Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung;
g) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächstgelegene oder nächste aus medizinischer Sicht geeignete Krankenhaus;
h) notwendigen Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung nach einem Notfall;
i) Zahnbehandlung einschließlich notwendige einfache Zahnfüllungen und Reparaturen am vorhandenen Zahnersatz.

Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über diesen Zeitpunkt hinaus, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Der Versicherungs-

schutz endet jedoch spätestens mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Aufwendungen für ein im Ausland neugeborenes Kind einer Versicherten sind bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind im Rahmen der Leistungspflicht nach dieser Ziffer 1.142 mitversichert.

1.143 **Rücktransportkosten**
Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen für einen

a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und er von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;
b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.
   Die Aufwendungen werden auch ersetzt
   - wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder
   - wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.

Übliche Fahrkosten sind solche, die für die versicherte Person auch ohne den Rücktransport entstanden wären (z. B. Rückflugticket, Bahnfahrkarte), soweit diese eindeutig ermittelt werden können.

1.144 **Überführungskosten**
Stirbt die versicherte Person im Ausland, so werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz bis zu einem Höchstbetrag ersetzt, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder es werden in entsprechender Höhe die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland übernommen.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 **Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt, soweit sie die Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe übersteigen:
a) für Naturheilverfahren durch Ärzte gemäß Ziffer 1.111 und Behandlungen durch Heilpraktiker gemäß Ziffer 1.112 zu 80 % bis zu einem Gesamtbetrag von 1.000,00 EUR pro Kalenderjahr;
b) für Sehhilfen gemäß Ziffer 1.113 zu 100 % bis zu einem Gesamtbetrag von 300,00 EUR innerhalb zweier Kalenderjahre.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

1.22 **Aufwendungen für Auslandsaufenthalte**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffern 1.142 - 1.144 werden, soweit sie die Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe übersteigen, zu 100 % ersetzt.
Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

2. Beiträge

2.1 **Monatliche Raten der Tarifbeiträge**
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 **Aufnahmehöchstalter**
Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.6 **Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderungen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses**
Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfangs unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.19 a) **Zu § 4 Abs. 3 (3.2) TB/KK 13: Arzneimittel**
Zu den dort aufgeführten Nähr- und Stärkungsmitteln, die nicht als Arzneimittel gelten, zählen auch solche Mittel, die ihrer Bestimmung nach auch der individuellen Lebensführung dienen (z. B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel).

4.19 b) **Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen**
Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe bestätigt sein. Dies gilt nicht bei Aufwendungen für Sehhilfen gemäß Ziffer 1.113 für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Bei im Ausland entstandenen Aufwendungen gilt darüber hinaus Folgendes:
Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.
Für die Erstattung von Überführungskosten und Bestattungskosten ist eine amtliche Sterbeurkunde mitvorzulegen.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 **Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages**
§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diesen Tarif wie folgt:
Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.
Der Beitrag für Kinder (0-14 bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

4.24 **Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**
Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer aufgrund einer Auslandsreisekrankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zuerst in Anspruch nehmen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 **Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung**
Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst, so endet die Versicherung nach dem Tarif AN+ für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge fortfällt.
Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Heilfürsorge dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Anhang - Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
  - Aderlass
  - Baunscheidt-Behandlung
  - Bier'sche Stauung
  - Blutegelbehandlung
  - Cantharidentherapie
  - Fontanellentherapie
  - Pustulantien-Behandlung
  - Schröpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin:
  Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm
- Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.
- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung

- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien [1]
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Nervenpunktmassage
- Neuraltherapie
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstoff-Therapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermotherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

[1] Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif

Tarif PRAEVI+

Ergänzungstarif für ambulante Vorsorgemaßnahmen durch Ärzte

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben

Der **Tarif PRAEVI+** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13).

Versicherungsfähigkeit
Nach dem Tarif PRAEVI+ können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben.

1. Leistungen
Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für die nicht unter die Leistungspflicht der GKV oder der Heilfürsorge fallenden ambulanten Vorsorgemaßnahmen durch Ärzte gemäß Anhang.
Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Regelhöchstsätze[1] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

[1] Das ist der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nachden Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.1 werden zu 100 % ersetzt.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	5,17
15 - 21	3,28
21 - 35	8,90
36 - 50	14,84
51 -	15,14

Die hier genannten Beiträge können sich unter den in § 8b MB/KK 09 genannten Voraussetzungen ändern.

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 **Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages**
§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diesen Tarif wie folgt:
Der Beitrag für Kinder (0-14 bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. 21-35 zu zahlen.
Der Beitrag der Altersgruppe 21-35 bzw. 36-50 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 35 Jahre und sechs Monate bzw. 50 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 36-50 bzw. 51- zu zahlen.

4.23 **Zu § 9 MB/KK 09: Obliegenheiten**
Neben dem Tarif PRAEVI darf eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer, die ganz oder teilweise Leistungen für die unter Ziffer 1.1 genannten Aufwendungen vorsieht, weder fortgeführt noch abgeschlossen werden.
Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

4.24 **Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**
Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund einer Auslandsreise-Krankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 **Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung**
Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst, so endet die Versicherung nach dem Tarif PRAEVI+ für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge fortfällt.
Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Heilfürsorge dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Anhang - Liste der erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgemaßnahmen

• Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung ("Intervall-Check"):
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinische orientierende Beratung, Blutentnahme, Laboruntersuchungen (kleines Blutbild, Blutsenkung, Elektrolyte, Elektrophorese, Fettprofil, Leberprofil, Nierenprofil)
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre

• Ergänzung der Gesundheitsuntersuchung um Ruhe- und/oder Belastungs-EKG sowie weitere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen relevante Laboruntersuchungen
- Einmal innerhalb eines Kalenderjahres

• Zusätzliche Kinder-/Jugendlichen- Früherkennungsuntersuchungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ("Kinder-Intervall-Check"):
Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) ggf. einschließlich Beratung der Bezugsperson(en)

- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre

• Hör-Check für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr:
Kinderaudiometrie bzw. Tonschwellenaudiometrie
- Zweimal während des Bestehens der Versicherung nach diesem Tarif

• Schielvorsorge für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr:
Qualitative/quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes
- Einmal während des Bestehens der Versicherung nach diesem Tarif

• Augencheck für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr:
Subjektive und objektive Refraktionsbestimmung
- Zweimal während des Bestehens der Versicherung nach diesem Tarif

• Gynäkologische Komplett-Vorsorge einschl. zytologischer Untersuchung zur Krebsdiagnostik und Sonographie (Brustdrüsen, Uterus, Ovarien, Nieren)
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre

• Urologische Komplett-Vorsorge für Männer einschl. PSA-Bestimmung und Sonographie (Prostata, Nieren, Hoden)
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre

• Lungenfunktionsprüfung zur Früherkennung
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre

• Auflichtmikroskopie der Haut
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre

• Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinoms
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre

• Hirnleistungscheck zur Früherkennung von Demenzen
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre

• Zusatzuntersuchung im Schwangerschaftsverlauf (AFP, Toxoplasmose, Triple-Test zur Risikoabschätzung des Morbus Down) ggf. einschl. einer zusätzlichen sonographischen Schwangerschaftsuntersuchung
- Einmal pro Schwangerschaft

• Osteodensitometrie zur Früherkennung der Osteoporose
- Einmal innerhalb eines Zeitraumes von 10 Kalenderjahren

• Glaukomfrüherkennung
- Einmal innerhalb zweier Kalenderjahre

• Entspannungsverfahren als ärztliche Präventionsleistung (Autogenes Training, Yoga und ähnliche Verfahren)
- Maximal 6 Sitzungen innerhalb zweier Kalenderjahre

• Beratung zur Zusammenstellung einer Hausapotheke[1]
- Einmal während des Bestehens der Versicherung nach diesem Tarif

• Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung auf der Basis vorhandener Befunde bei lebensverändernden Diagnosen ggf. einschl. konsiliarischer Erörterung
- Einmal pro Krankheitsfall

[1] Die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Tarif PROPHY

Ergänzungstarif für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Der **Tarif PROPHY** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 11).

Versicherungsfähigkeit
Nach dem Tarif PROPHY können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

1. Leistungen
Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 **Füllungen**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für
a) Inlays (nicht jedoch für Onlays und Overlays[1]);
b) Kunststofffüllungen.

1.12 **Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Aufbissschienen**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallende
a) Wurzelbehandlungen;
b) Parodontosebehandlungen;
c) Aufbissschienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung).
Erfolgt eine Leistung der GKV, so entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

[1] Onlays und Overlays sind nicht als Füllungen, sondern als Teilkronen anzusehen; sie gelten deshalb als Zahnersatz.

1.13 **Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, die in direktem Zusammenhang mit den erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Ziffern 1.11 und 1.12 erbracht wird.

1.14 **Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen, 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 (so genannte professionelle Zahnreinigung),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

Bei den erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Ziffern 1.11 bis 1.14 sind Gebühren im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze[2] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig.
Zahntechnische Leistungen sind bis zu den ortsüblichen Preisen erstattungsfähig.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 **Füllungen**
Von den erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1.11 werden die Vorleistungen der GKV und die Vorleistungen weiterer Barmenia-Zahnergänzungstarife abgezogen.
Sind zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen worden, werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung der GKV von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen.
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.
Einschließlich der Leistungen der GKV und den Leistungen weiterer Barmenia-Zahnergänzungstarife dürfen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

[2] Das ist der 3,5fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 2,5fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,3fache Satz.

1.22 **Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen, Aufbissschienen, Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

a) für Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Aufbissschienen gemäß Ziffer 1.12: zu 100 %;
b) für Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie gemäß Ziffer 1.13: zu 100 %;
c) für Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen gemäß Ziffer 1.14: zu 100 %, bis zu einem Gesamtbetrag von 60,00 EUR innerhalb eines Kalenderjahres.

Die Leistungen gemäß Ziffer 1.2 sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung pro versicherter Person beträgt

- im ersten Kalenderjahr maximal 250,00 EUR;
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 500,00 EUR;
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal 750,00 EUR;
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen maximal 1.000,00 EUR.

Diese Begrenzungen entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

2 Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	4,90
15 - 21	4,90
21 - 35	9,90
36 - 50	9,90
51 -	9,90

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.7 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderungen in der Zahnbehandlungsversorgung der GKV
Eine Änderung in der Zahnbehandlungsversorgung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gilt ebenfalls als Änderung der Gesundheitsverhältnisse im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge des

Tarifs PROPHY überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können. Dabei spiegelt das Ausmaß einer ggf. notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Änderung der erstattungsfähigen Zahnbehandlungsleistungen wider.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.15 **Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten**
Die Wartezeiten entfallen.

4.19 b) **Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen**
Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 **Zu § 8 (1.1) TB/KK 11: Festsetzung des Beitrages**
§ 8 (1.1) TB/KK 11 lautet für diesen Tarif wie folgt: Der Beitrag für Kinder (0-14 bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. 21-35 zu zahlen. Der Beitrag der Altersgruppe 21-35 bzw. 36-50 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 35 Jahre und sechs Monate bzw. 50 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 36-50 bzw. 51- zu zahlen.

4.23 **Zu § 9 MB/KK 09: Obliegenheiten**
Neben dem Tarif PROPHY darf eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer, die ganz oder teilweise Leistungen für die unter Ziffer 1.1 genannten Aufwendungen vorsieht, weder fortgeführt noch abgeschlossen werden. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs.1 Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

4.24 **Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**
Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund einer Auslandsreise-Krankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zuerst in Anspruch nehmen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 **Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung**
Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach dem Tarif PROPHY für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.
Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Tarif ZGu+

Ergänzungstarif für Zahnersatz, Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Der Tarif **ZGu+** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13).

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein
Im Versicherungsschein wird der Tarif ZGu+ mit der Tarifbezeichnung ZGU+ ausgewiesen.

Versicherungsfähigkeit
Nach dem Tarif ZGu+ können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

1. Leistungen
Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 **Zahnersatz, Inlays und Kunststofffüllungen**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für
a) Zahnersatz (Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen;

b) Inlays und Kunststofffüllungen.
Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.000,00 EUR überschreiten werden.

1.12 **Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Aufbissschienen**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallende
a) Wurzelbehandlungen;
b) Parodontosebehandlungen;
c) Aufbissschienen (nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung).
Erfolgt eine Leistung der GKV, so entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

1.13 **Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, die in direktem Zusammenhang mit den erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Ziffern 1.11 und 1.12 erbracht wird.

1.14 **Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen**
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen, 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 (so genannte professionelle Zahnreinigung),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

Bei den erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Ziffern 1.11 bis 1.14 sind Gebühren im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze[1] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 **Zahnersatz, Inlays und Kunststofffüllungen**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden vorbehaltlich der Regelung der Ziffer 1.23 wie folgt ersetzt:
a) für Zahnersatz gemäß Ziffer 1.11a): zu 85 %;
b) für Inlays und Kunststofffüllungen gemäß Ziffer 1.11 b): zu 85 %.
Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV abgezogen; bei Leistungen für Zahnersatz nach Ziffer 1.11a) wird als Vorleistung der GKV maximal der befundbezogene Festzuschuss für die Zahnersatz-Regelversorgung in der GKV ohne Bonus[2] abgezogen.

Einschließlich der Leistungen der GKV dürfen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.

Sind zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen worden, werden
bei Zahnersatz nach Ziffer 1.11a) 40 % und bei Inlays und Kunststofffüllungen nach Ziffer 1.11b) 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung der GKV von den tariflichen Leistungen abgezogen.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.000,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt.

1.22 **Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen, Aufbissschienen, Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie, zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden vorbehaltlich der Regelung der Ziffer 1.23 wie folgt ersetzt:
a) für Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Aufbissschienen gemäß Ziffer 1.12: zu 85 %;
b) für Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie gemäß Ziffer 1.13: zu 85 %;
c) für Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen gemäß Ziffer 1.14: zu 85 %,
bis zu einem Gesamtbetrag von 85,00 EUR innerhalb eines Kalenderjahres.

1.23 **Summenmäßige Begrenzungen in den ersten fünf Kalenderjahren**
Die Leistungen gemäß Ziffern 1.21 (nach Abzug der Vorleistung der GKV) und 1.22 sind

---

[1] Das ist der 3,5fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 2,5fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,3fache Satz.

[2] Dies sind zurzeit grundsätzlich 50 % der Kosten für die Zahnersatz-Regelversorgungsleistungen.

in den ersten fünf Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung pro versicherter Person beträgt

im ersten Kalenderjahr maximal
1.000,00 EUR;
in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 2.000,00 EUR;
in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal 3.000,00 EUR;
in den ersten vier Kalenderjahren zusammen maximal 4.000,00 EUR;
in den ersten fünf Kalenderjahren zusammen maximal 5.000,00 EUR.

Die Aufwendungen sind dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem sie angefallen sind.

Diese Begrenzungen entfallen, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherter Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	2,53
15 - 21	5,35
21 - 35	18,74
36 - 50	33,53
51 -	48,55

Die hier genannten Beiträge können sich unter den in § 8b MB/KK 09 genannten Voraussetzungen ändern.

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.15 **Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten**
Die Wartezeiten entfallen bei zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen gemäß Ziffer 1.14.

4.19 b) **Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen**
Auf allen Kostenbelegen gemäß Ziffer 1.11 (Zahnersatz, Inlays und Kunststofffüllungen) müssen die Leistungen der GKV und bei Kostenbelegen gemäß Ziffer 1.11 a) (Zahnersatz) zusätzlich der Prozentsatz des befundbezogenen Festzuschusses bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 **Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages**
§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diesen Tarif wie folgt:
Der Beitrag für Kinder (0-14 Jahre bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. 21-35 zu zahlen.
Der Beitrag der Altersgruppe 21-35 bzw. 36-50 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 35 Jahre und sechs Monate bzw. 50 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 36-50 bzw. 51- zu zahlen.

4.23 **Zu § 9 MB/KK 09: Obliegenheiten**
Neben dem Tarif ZGu+ darf eine weitere Krankheitskostenversicherung bei der Barmenia oder einem anderen Versicherer, die ganz oder teilweise Leistungen für die unter Ziffer 1.1 genannten Aufwendungen vorsieht, weder fortgeführt noch abgeschlossen werden. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

4.24 **Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**
Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund einer Auslandsreise-Krankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 **Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung**
Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach dem Tarif ZGu+ für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Tarif AZ+

Ergänzungstarif für Zahnersatz und Inlays

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben

Der Tarif **AZ+** ist als Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13).

Versicherungsfähigkeit
Nach dem Tarif AZ+ können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst haben.

1. Leistungen
Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen
Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen für
a) Zahnersatz (Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen, Implantate - nicht jedoch für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen.
Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze[1] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig;
b) Inlays.
Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze[1] der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Zahntechnische Leistungen sind zu angemessenen Preisen erstattungsfähig.

Dem Versicherer ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Aufwendungen 1.000,00 EUR überschreiten werden.

[1] Das ist der 3,5fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 2,5fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,3fache Satz.

1.2 Höhe der Leistungen
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:
a) für Zahnersatz gemäß Ziffer 1.1a):
zu 35 %;
b) für Inlays gemäß Ziffer 1.1 b):
zu 65 %;
einschließlich der Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe dürfen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschritten werden.
Die Leistungen für Zahnersatz und Inlays sind in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 1.000,00 EUR je Kalenderjahr begrenzt.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn wird der 1.000,00 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen vorab um 50 % gekürzt.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Leistung der GKV.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.19 b) **Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen**
Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge einschließlich Beihilfe bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 **Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages**
§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diesen Tarif wie folgt:
Der Beitrag für Kinder (0-14 bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. 21-35 zu zahlen.
Der Beitrag der Altersgruppe 21-35 bzw. 36-50 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 35 Jahre und sechs Monate bzw. 50 Jahre und sechs Monate alt wird.

Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 36-50 bzw. 51- zu zahlen.

4.24 **Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**
Soweit bei einem Versicherungsfall gegenüber einem anderen Versicherer auf Grund einer Auslandsreise-Krankenversicherung Ansprüche bestehen, gehen dessen Leistungsverpflichtungen vor; und zwar auch dann, wenn im Auslandsreise-Krankenversicherungsvertrag ebenfalls nur eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Dies wirkt sich allein auf einen Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Das heißt, der Versicherungsnehmer muss den anderen Versicherer nicht unbedingt zuerst in Anspruch nehmen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 **Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung**
Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlichen Dienst, so endet die Versicherung nach dem Tarif AZ+ für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge fortfällt.
Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Heilfürsorge dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Tarif TopS

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Der Tarif **TopS** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13).

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein
Im Versicherungsschein wird der Tarif TopS mit der Tarifbezeichnung TOPS ausgewiesen.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif TopS können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Stationäre Heilbehandlung
Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Behandlung (jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung), für Unterkunft und Verpflegung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:
a) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
b) die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus;
c) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
d) allgemeine Krankenhausleistungen;
e) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Gebühren sind im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig.
Bei Behandlungen im Ausland sind Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.

1.12 Ambulante Operationen im Krankenhaus
Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:
a) gesondert berechnete ärztliche Leistungen;
b) Leistungen des Krankenhauses.

Gebühren sind im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig.
Bei Behandlungen im Ausland sind Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig.

1.13 Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus
Wird neben einem nach diesem Tarif versicherten Kind bis zum vollendeten 10. Lebens-

jahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, so fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des Elternteils im Krankenhaus.

1.14 Rücktransportkosten

Bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport wegen Krankheit oder Unfallfolge aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die um die üblichen Fahrkosten verminderten notwendigen Aufwendungen für einen

a) Rettungsflug (Krankentransport mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug). Voraussetzung dafür ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung der Rettungsflug die einzige Möglichkeit ist, das Leben schwer erkrankter oder verletzter versicherter Personen zu retten und er von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt wird;
b) sonstigen Krankentransport einer versicherten Person bis zu einem Höchstbetrag, der den fünffachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht. Mehrkosten können zum Beispiel verursacht werden durch Benutzung eines schnelleren Transportmittels; Inanspruchnahme einer teureren Beförderungsklasse, wenn eine Buchung in einer niedrigeren Klasse nicht möglich war; Benutzung von mehr als einem Platz, wenn die versicherte Person liegend transportiert werden muss; Transport mit Spezialfahrzeugen; Fahrkosten für medizinisch geschultes Begleitpersonal.
   Die Aufwendungen werden auch ersetzt,
   - wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten für den Rücktransport übersteigen oder
   - wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Kranken-2 hausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt.

Übliche Fahrkosten sind solche, die für die versicherte Person auch ohne den Rücktransport entstanden wären (z. B. Rückflugticket, Bahnfahrkarte), soweit diese eindeutig ermittelt werden können.

1.15 Rehabilitationsmaßnahmen

Bei einer stationären Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung, für die nach § 5 (1) d) MB/KK 09 keine Leistungspflicht des Versicherers nach Ziffer 1.11 dieses Tarifs besteht, wird ein Reha-Tagegeld gezahlt. Voraussetzung ist, dass der Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung eine mit dieser in Zusammenhang stehende stationäre Krankenhausbehandlung voraufgegangen ist. Die medizinische Notwendigkeit der Kur-, Sanatoriums- bzw. Rehabilitationsbehandlung ist durch ein ärztliches Gutachten, welches vom behandelnden Krankenhausarzt zu erstellen ist, vor Beginn der Kur-, Sanatoriums- bzw. Rehabilitationsbehandlung nachzuweisen. Die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer. Bei einer Kur-, Sanatoriums- bzw. Rehabilitationsbehandlung der gesetzlichen Rehabilitationsträger genügt als Nachweis der Bewilligungsbescheid des Rehabilitationsträgers. Die Dauer der Kur-, Sanatoriums- bzw. Rehabilitationsbehandlung ist durch eine entsprechende Bescheinigung der Heilstätte nachzuweisen.

1.2 Höhe der Leistungen

1.21 **Stationäre Heilbehandlung, ambulante Operationen im Krankenhaus, Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus, Rücktransportkosten**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

a) für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffern 1.11 a) und 1.11 b) 100 %;
b) für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.11 c) 100 %;
c) für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Ziffer 1.11 d) 100 %
   der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen. Erstattungsfähig sind in diesem Zusammenhang auch die Zuzahlungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung.
   Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif;
d) für Transporte zum und vom Krankenhaus gemäß Ziffer 1.11 e) 100 %
   der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250,00 EUR je Krankenhausaufenthalt. Erstattungsfähig sind in diesem Zusammenhang auch die Zuzahlungen bei stationären Transportkosten nach § 60 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung;
e) für ambulante Operationen im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.12 100 %
   der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen;
f) für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.13 100 %;

g) für Rücktransportkosten gemäß
Ziffer 1.14 100 %.

Wird bei einer stationären Heilbehandlung die Unterkunft und Verpflegung im Ein- bzw. Zweibettzimmer oder die ärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet, wird hierfür ersatzweise ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Es beträgt

a) an Stelle der Aufwendungen für die gesondert berechneten ärztlichen Leistungen gemäß Ziffer 1.11a) 25,00 EUR.
b) an Stelle der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß
Ziffer 1.11 c) 25,00 EUR;

Dies gilt nicht für eine

- teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus sowie
- eine stationäre Behandlung in Krankenanstalten gemäß § 4 (5) MB/KK 09.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

1.22 **Rehabilitationsmaßnahmen**
Das Reha-Tagegeld gemäß Ziffer 1.15 beträgt je Tag 100,00 EUR. Es wird je Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung längstens für die Dauer von 21 Tagen gezahlt.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für den Tarif TopS gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.6 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderungen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses
Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfangs unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.18 **Zu § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht**
Versicherungsschutz besteht auch für die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (s. Anhang).

4.19 b) **Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen**
Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 **Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages**
§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diese Tarife wie folgt: Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungs-beginns und dem Jahr der Geburt.
Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 **Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung**
Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach dem Tarif TopS für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.
Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Anhang

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren ***>> siehe Anhang zu Tarif AN+.***

Tarif S+

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Der **Tarif S+** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13).

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif S+ können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Stationäre Heilbehandlung
Bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Behandlung (jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung), für Unterkunft und Verpflegung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:
a) gesondert berechnete ärztliche Leistungen und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
b) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
c) allgemeine Krankenhausleistungen;
d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

1.12 Ambulante Operationen im Krankenhaus
Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für:
a) gesondert berechnete ärztliche Leistungen. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
b) Leistungen des Krankenhauses.

1.2 Höhe der Leistungen
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:
a) für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.11 a) 100 %;
b) für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.11 b) 100 %;
c) für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Ziffer 1.11 c) 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif;
d) für Transporte zum und vom Krankenhaus gemäß Ziffer 1.11 d) 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250,00 EUR je Krankenhausaufenthalt. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Eigenbeteiligungen des Versicherten an den Transportkosten;
e) für ambulante Operationen im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.12 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für den Tarif S+ gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.6 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderungen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses
Eine Änderung der im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt als dauerhafte Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 09 mit der Folge, dass die Bedingungen hinsichtlich des Leistungsumfangs unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 09 angepasst werden können.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.18 Zu § 4 MB/KK 09: Umfang der Leistungspflicht
Versicherungsschutz besteht auch für die im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2009 aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (s. Anhang).

4.19 b) Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen
Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages
§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diese Tarife wie folgt: Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.
Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung
Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach dem Tarif S+ für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen

Anhang

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren ***>> siehe Anhang zu Tarif AN+.***

Tarif SOS.stationär

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung bei schweren Erkrankungen

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Der **Tarif SOS.stationär** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 11).

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein
Im Versicherungsschein wird der Tarif SOS.stationär mit der Tarifbezeichnung SOS ausgewiesen.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif SOS.stationär können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 **Vorbemerkung**
Versicherungsschutz nach Tarif SOS.stationär besteht ausschließlich bei Vorliegen einer im Anhang aufgeführten ärztlich diagnostizierten schweren Erkrankung.

Sofern die schwere Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Behandlung sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Tarif SOS.stationär bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose ausreichend. Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der im Anhang genannten schweren Erkrankungen vorliegt, endet die Leistungspflicht des Versicherers spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose. Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer unverzüglich über die Änderung der Diagnose zu informieren.

1.12 **Stationäre Heilbehandlung**
Bei einer stationären Heilbehandlung wegen einer im Anhang aufgeführten schweren Erkrankung fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus

für Behandlung (jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung), für Unterkunft und Verpflegung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) gesondert berechnete ärztliche Leistungen und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte Aufnahme- und Abschlussuntersuchung. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
b) gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
c) allgemeine Krankenhausleistungen in einem in § 108 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) genannten zugelassenen Krankenhaus. Darunter fallen Krankenhäuser,
   - die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
   - die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
   - die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben;
d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, in der sie bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland erstattungsfähig gewesen wären.

1.13 **Ambulante Operationen im Krankenhaus**
Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für

a) gesondert berechnete ärztliche Leistungen. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
b) Leistungen des Krankenhauses.

1.2 Höhe der Leistungen
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

a) für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.12 a) 100 %
b) für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.12 b) 100 %
c) für allgemeine Krankenhausleistungen in einem in § 108 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) genannten zugelassenen Krankenhaus gemäß Ziffer 1.12 c) 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif;
d) für Transporte zum und vom Krankenhaus gemäß Ziffer 1.12 d) 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250,00 EUR je Krankenhausaufenthalt. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Eigenbeteiligungen des Versicherten an den Transportkosten;
e) für ambulante Operationen im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.13 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	1,34
15 - 21	1,69
21 - 35	2,73
36 - 50	6,01
51 - 65	25,89
66 -	61,27

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für den Tarif SOS.stationär gilt kein Aufnahmehöchstalter.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.19 b) **Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen**
Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 **Zu § 8 (1.1) TB/KK 11: Festsetzung des Beitrages**
§ 8 (1.1) TB/KK 08 lautet für diesen Tarif wie

folgt:
Der Beitrag für Kinder (0-14 Jahre bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. 21-35 zu zahlen.
Der Beitrag der Altersgruppe 21-35 bzw. 36-50 bzw. 51-65 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 35 Jahre und sechs Monate bzw. 50 Jahre und sechs Monate bzw. 65 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 36-50 bzw. 51-65 bzw. 66- zu zahlen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 **Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung**
Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach dem Tarif SOS.stationär für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Anhang

Liste der schweren Erkrankungen
Als schwere Erkrankungen im Sinne des Tarifs SOS.stationär gelten:

- Akuter Herzinfarkt inkl. Operation am offenen Herzen
- Bösartiger Tumor
- Leukämie/Blutkrebs
- Bösartige Erkrankungen der Lymphknoten
- Bösartige Erkrankungen des Knochenmarks
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Hirnblutung
- Hirninfarkt (Schlaganfall)
- Knochenmarksversagen
- Multiple Sklerose
- Gehirn-Operation
- Operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche
- Organtransplantation (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark) als Empfänger
- Offene Schädel-Hirn-Verletzung
- Schweres Schädel-Hirn-Trauma
- Fraktur an mindestens zwei langen Röhrenknochen (Oberarm, Oberschenkel)
- Kombination aus zwei folgenden Verletzungen: Fraktur eines langen Röhrenknochens, Beckenfraktur, Wirbelsäulenfraktur, Gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs
- AIDS und HIV
- Koma oder Wachkoma
- Infektiöse Meningitis/Enzephalitis
- Lähmung eines Beines und eines Armes oder einer Körperhälfte oder Querschnittslähmung durch Schädigung des Gehirns oder Rückenmarks
- Gesundheitsschädigung durch Rettung von Menschenleben
- Einwirkung von Gasen und Dämpfen

Tarif KH+

Der **Tarif KH** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13).

1. Leistungen
Der Versicherer zahlt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall ein Krankenhaustagegeld.

1.1 Art der Leistungen
Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Das gilt auch für den Aufnahme- und Entlassungstag, nicht jedoch für eine teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus.
Bei Behandlungen in Truppensanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von sieben Tagen für jeden folgenden Tag dieses Aufenthalts gezahlt.

1.2 Höhe der Leistungen
Das Krankenhaustagegeld beträgt mindestens 1,00 EUR und kann um je 1,00 EUR gesteigert werden; es wird in der vereinbarten Höhe gezahlt.
Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung. Die Dauer der Begleitung ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
Ist ein nicht beihilfefähiger Kürzungsbetrag bei stationärer Heilbehandlung über ein Krankenhaustagegeld nach Tarif KH+ abgedeckt und erhöht sich dieser Betrag, so kann der Versicherungsnehmer das Krankenhaustagegeld entsprechend erhöhen, sofern der Tarif KH+ in Verbindung mit einem Krankheitskostentarif des Versicherers vereinbart ist. Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen, wenn die Anpassung des Versicherungsschutzes für alle betroffenen versicherten Personen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats (frühestens jedoch ab Beginn des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert) erfolgen soll. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gewährt. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.11 **Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**
Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, so besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist:
Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. eine Krankheitskosten-Vollversicherung, die zeitlich unbegrenzten Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts vorsieht.

4.12 **Zu § 2 MB/KK 09: Beginn des Versicherungsschutzes**
Nach Ablauf eines Jahres - von dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung an gerechnet - wird auch für solche Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern.
§ 2 (1) Satz 3 MB/KK 09 bleibt unberührt.

4.14 **Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten bei Erhöhung des Versicherungsschutzes**
Bei einer Erhöhung des Krankenhaustagegeldes wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten für den höheren Versicherungsschutz angerechnet, jedoch nicht auf die Wartezeit für Entbindung.

4.15 **Zu § 3 (3) MB/KK 09: Besondere Wartezeit**
Für Psychotherapie beträgt die besondere Wartezeit sechs Monate.

4.19 **Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung**
Die medizinische Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung ist durch eine ärztliche Bescheinigung und die Dauer des Krankenhausaufenthalts durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen. Die Belege müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten sowie Beginn und Ende oder voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthalts.
Erfolgt bei einer Entbindung kein stationärer Aufenthalt, ist eine Geburtsurkunde vorzulegen. Die Versicherungsleistung wird auf Wunsch in Teilbeträgen entsprechend der Vorlage der Bescheinigungen über den Krankenhausaufenthalt gezahlt.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 **Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrags**
§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diesen Tarif wie folgt: Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.
Der Beitrag für Kinder (0-14 bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

Tarif T+

Der **Tarif T+** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KT 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KT 13).

Vorbemerkung
Nach diesem Tarif können Personen versichert werden, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und einkommensteuerpflichtig sind; nach den Tarifstufen 42, 63, 84, 91, 105, 126, 182, 273 und 364 außerdem solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

1. Leistungen
Der Versicherer zahlt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall ein Krankentagegeld.

1.1 Art der Leistungen
Das Krankentagegeld wird vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren völligen Arbeitsunfähigkeit - auch für Sonn- und Feiertage - ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

Erster Leistungstag ist nach
Tarifstufe 3 (3 Karenztage) der 4. Tag
Tarifstufe 7 (7 Karenztage) der 8. Tag
Tarifstufe 14 (14 Karenztage) der 15. Tag
Tarifstufe 21 (21 Karenztage) der 22. Tag
Tarifstufe 28 (28 Karenztage) der 29. Tag
Tarifstufe 42 (42 Karenztage) der 43. Tag
Tarifstufe 63 (63 Karenztage) der 64. Tag
Tarifstufe 84 (84 Karenztage) der 85. Tag
Tarifstufe 91 (91 Karenztage) der 92. Tag
Tarifstufe 105 (105 Karenztage) der 106. Tag
Tarifstufe 126 (126 Karenztage) der 127. Tag
Tarifstufe 182 (182 Karenztage) der 183. Tag
Tarifstufe 273 (273 Karenztage) der 274. Tag
Tarifstufe 364 (364 Karenztage) der 365. Tag
der Arbeitsunfähigkeit.

Ist Tarifstufe 364 von einem Arbeitnehmer vereinbart und überschreitet die Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber 364 Tage, wird das vereinbarte Krankentagegeld der Tarifstufe 364 von dem Tage an gezahlt, der auf den Wegfall der Entgeltfortzahlung folgt.

Besteht für einen Arbeitnehmer während der ersten vier Wochen eines Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, wird das vereinbarte Krankentagegeld auch nach einer Karenzzeit von drei Tagen für jeden Tag einer völligen Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum Ablauf der vierten Woche des Arbeitsverhältnisses gezahlt. Der vertraglich festgelegte Beginn des Arbeitsverhältnisses und der Beginn der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes sind dem Versicherer nachzuweisen.

Wird innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ärztlich festgestellt, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind ohne Beitragszuschlag mitversichert.

1.2 Höhe der Leistungen
Das Krankentagegeld beträgt mindestens 1,00 EUR und kann um je 1,00 EUR gesteigert werden; es wird in der vereinbarten Höhe gezahlt.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge
Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 Aufnahmehöchstalter
Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes

2.51 **Erhöhung des Krankentagegeldes**
Der Versicherungsnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragen. Der Versicherungsschutz kann insoweit angepasst werden, dass maximal die Erhöhungen des Nettoeinkommens der dem Anpassungszeitpunkt vorausgegangenen zwei Jahre ausgeglichen werden. Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Erhöhung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens bzw. bei Selbstständigen nach Erhalt des Steuerbescheids durch das Finanzamt beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gezahlt. Die Erhöhung des Nettoeinkommens ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Hat der Versicherte auch Anspruch auf Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung, gilt die Regelung nur für den nicht durch

das Krankengeld gedeckten Teil des Nettoeinkommens.

Der Versicherer wird ferner dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zum Ausgleich eines veränderten Nettoeinkommens anbieten.

2.52 **Kürzung der Karenzzeit**
Wird durch eine Verkürzung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber eine Umstellung auf eine Tarifstufe mit mindestens 42 Karenztagen erforderlich, kann der Versicherungsnehmer eine entsprechende Umstellung beantragen. Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Umstellung bis zur Höhe des versicherten Tagegeldes und innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Grundes für die Änderung beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll. Das Krankentagegeld mit der kürzeren Karenzzeit wird ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gezahlt. Der Grund für die Änderung ist anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KT 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KT 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.10 **Zu § 1 (6) MB/KT 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland wird auch ohne besondere Vereinbarung für dort akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, bei einer versicherten Tarifstufe mit längerer Karenzzeit entsprechend später, bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung a. G. bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus.
   Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen.
b) Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Vorraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

4.11 **Zu § 2 MB/KT 09: Beginn des Versicherungsschutzes**
Nach Ablauf eines Jahres - von dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung an gerechnet - wird auch für solche Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern. § 2 Satz 3 MB/KT 09 bleibt unberührt.

4.12 **Zu § 3 MB/KT 09: Wartezeiten bei Erhöhung des Versicherungsschutzes**
Bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten für den höheren Versicherungsschutz angerechnet, jedoch nicht auf die Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

4.13 **Zu § 3 (3) MB/KT 09: Besondere Wartezeit**
Für Psychotherapie, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung beträgt die besondere Wartezeit sechs Monate.

4.16 **Zu § 4 MB/KT 09: Umfang der Leistungspflicht**
Bei Arbeitnehmern ist das Nettoeinkommen (§ 4 (2) MB/KT 09 i. V. m. § 4 (2.1) TB/KT 13) bei Antragstellung bzw. bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgebend.
Der Versicherungsnehmer ist entsprechend § 4 (3) MB/KT 09 ebenfalls verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine Verlängerung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber anzuzeigen.
§ 4 (4) MB/KT 09 findet insofern sinngemäß Anwendung, als der Versicherer bei einer Verlängerung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber eine Umstellung auf eine Tarifstufe mit längerer Karenzzeit vornehmen kann.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein
Im Versicherungsschein wird hinter der Tarifbezeichnung T+ die vereinbarte Tarifstufe 3, 7 usw. vermerkt.
Beispiel: T3+ = Tarif T+, Tarifstufe 3

Besondere Bedingungen
zu dem Tarif AN+

Tarif AN+
Ergänzungstarif für Naturheilverfahren durch Ärzte sowie Heilpraktikerbehandlung, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte

Stand 01.01.2013

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
- Teil I Musterbedingungen (MB/KK 09)
- Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13) und
- Teil III Tarif AN+

gilt als **Besondere Bedingungen zu dem Tarif AN+** Folgendes:

1. Versicherungsfähigkeit
Diese "Besonderen Bedingungen" können von Personen vereinbart werden, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig sind oder für die auf Grund einer Pflichtversicherung Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) besteht.

Die "Besonderen Bedingungen" zum Tarif AN+ können nur in Verbindung mit einem Tarif des Versicherers für stationäre Heilbehandlung vereinbart werden.

2. Versicherungsschutz

2.1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

3. Beiträge
Abweichend von Ziffer 2.1 des Tarifs AN+ gelten die folgenden monatlichen Raten der Tarifbeiträge:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	**Tarif AN+** EUR
0 - 14	11,56
15 - 21	11,03
21 - 25	9,44
26 - 30	12,11
31 - 35	15,83
36 - 40	18,42
41 - 45	19,45

Die hier genannten Beiträge können sich unter den in § 8b MB/KK 09 genannten Voraussetzungen ändern.

Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. 21 - 25 zu zahlen. Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 25, 26 - 30, 31 - 35 bzw. 36 - 40 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 25 Jahre und sechs Monate, 30 Jahre und sechs Monate, 35 Jahre und sechs Monate bzw. 40 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 26 - 30, 31 - 35, 36 - 40 bzw. 41 - 45 zu zahlen.

4. Ende der "Besonderen Bedingungen"
Die "Besonderen Bedingungen" enden
a) mit der Umstellung der Ergänzungsversicherung in eine Vollversicherung, spätestens jedoch sechs Monate nach dem Ende der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung,
b) mit Ablauf des Monats, in dem das 45. Lebensjahr vollendet wird,
c) spätestens nach einer Dauer von 15 Jahren.

Die "Besonderen Bedingungen" zum Tarif AN+ enden mit Beendigung der Versicherung nach dem Tarif für stationäre Heilbehandlung.

5. Beiträge nach Beendigung der "Besonderen Bedingungen" ohne Umstellung
Vom Ersten des auf die Beendigung dieser "Besonderen Bedingungen" folgenden Monats an sind - sofern kein Umstellungsrecht nach stationären Optionstarifen in Anspruch genommen wurde - die tariflichen Beitragsraten gemäß Ziffer 2.1 des Tarifs AN+ zu entrichten. Dabei gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter.

Besondere Bedingungen
zu dem Tarif S+

Tarif S+
Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung mit Option auf die Anpassung des Versicherungsschutzes bei Fortfall der deutschen gesetzlichen Krankenversicherungspflicht

Stand 01.01.2016

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
- Teil I Musterbedingungen (MB/KK 09)
- Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13) und
- Teil III Tarif S+

gilt als **Besondere Bedingungen zu dem Tarif S+** Folgendes:

1. Versicherungsfähigkeit
Diese "Besonderen Bedingungen" können von Personen vereinbart werden, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV) versicherungspflichtig sind oder für die auf Grund einer Pflichtversicherung Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) besteht.

2. Versicherungsschutz

2.1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

2.2 Optionsrecht (bei Tarif S+)
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, bei Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung die bestehende Ergänzungsversicherung nach dem Tarif S+ in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung, die für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sind, umzustellen. Will der Versicherungsnehmer von diesem Recht Gebrauch machen, so muss die Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an den Fortfall der gesetzlichen Versicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam. Die Frist verlängert sich auf sechs Monate, wenn die Umstellung nicht rückwirkend wirksam werden soll. In diesem Fall muss die Umstellung spätestens zum 01. des siebten Monats, der auf den Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung folgt, wirksam werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Umstellung für alle betroffenen versicherten Personen beantragt wird und der Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss an das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung beginnen soll.

Das Ende der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

Das Umstellungsrecht auf die Krankheitskosten-Vollversicherung gilt maximal für folgenden Leistungsumfang:

- ambulante Heilbehandlung;
- stationäre Heilbehandlung;
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie;
- Kurbehandlung, sofern bis zu Beginn dieser "Besonderen Bedingungen" Anspruch auf Leistungen im Fall einer Kur bestand;
- Krankentagegeld für Selbstständige ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, maximal jedoch von 130 % des zum Umstellungszeitpunkt maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer (aufgerundet auf den nächsthöheren durch fünf teilbaren Betrag);
- Pflegeversicherung nach § 23 Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI).

Die Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn bezeichneten Zeitpunkt an gezahlt.

Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge (einschl. der neu hinzukommenden Tarife) angepasst.

3. Beiträge
Abweichend von Ziffer 2.1 des Tarifs S+ gelten die folgenden monatlichen Raten der Tarifbeiträge:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	**Tarif S+** EUR
0 - 14	7,67
15 - 21	11,82
21 - 25	12,29
26 - 30	17,83
31 - 35	24,29
36 - 40	24,55
41 - 45	22,85

Stand 01.01.2016

Die hier genannten Beiträge können sich unter den in § 8b MB/KK 09 genannten Voraussetzungen ändern.

Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. 21 - 25 zu zahlen. Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 25, 26 - 30, 31 - 35 bzw. 36 - 40 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 25 Jahre und sechs Monate, 30 Jahre und sechs Monate, 35 Jahre und sechs Monate bzw. 40 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 26 - 30, 31 - 35, 36 - 40 bzw. 41 - 45 zu zahlen.

4. Ende der "Besonderen Bedingungen"
Die "Besonderen Bedingungen" enden
a) mit der Umstellung der Ergänzungsversicherung in eine Vollversicherung, spä-

testens jedoch sechs Monate nach dem Ende der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung,

b) mit Ablauf des Monats, in dem das 45. Lebensjahr vollendet wird,

c) spätestens nach einer Dauer von 15 Jahren.

5. Beiträge nach Beendigung der "Besonderen Bedingungen" ohne Umstellung

Vom Ersten des auf die Beendigung dieser "Besonderen Bedingungen" folgenden Monats an sind - sofern kein Umstellungsrecht in Anspruch genommen wurde - die tariflichen Beitragsraten gemäß Ziffer 2.1 des Tarifs S+ zu entrichten. Dabei gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter.

Besondere Bedingungen

zu dem Tarif TopS

Tarif TopS

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung mit Option auf die Anpassung des Versicherungsschutzes bei Fortfall der deutschen gesetzlichen Krankenversicherungspflicht

Stand 01.01.2016

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

- Teil I Musterbedingungen (MB/KK 09)
- Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13) und
- Teil III Tarif TopS

gilt als **Besondere Bedingungen zu dem Tarif TopS** Folgendes:

1. Versicherungsfähigkeit

Diese "Besonderen Bedingungen" können von Personen vereinbart werden, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig sind oder für die auf Grund einer Pflichtversicherung Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) besteht.

2. Versicherungsschutz

2.1 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

2.2 Optionsrecht (bei Tarif TopS)

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, bei Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung die bestehende Ergänzungsversicherung nach dem Tarif TopS in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung, die für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffnet sind, umzustellen. Will der Versicherungsnehmer von diesem Recht Gebrauch machen, so muss die Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an den Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam. Die Frist verlängert sich auf sechs Monate, wenn die Umstellung nicht rückwirkend wirksam werden soll. In diesem Fall muss die Umstellung spätestens zum 01. des siebten Monats, der auf den Fortfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung folgt, wirksam werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Umstellung für alle betroffenen versicherten Personen beantragt wird und der Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss an das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung beginnen soll.

Das Ende der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

Das Umstellungsrecht auf die Krankheitskosten-Vollversicherung gilt maximal für folgenden Leistungsumfang:

- ambulante Heilbehandlung;
- stationäre Heilbehandlung;
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie;
- Kurbehandlung, sofern bis zu Beginn dieser "Besonderen Bedingungen" Anspruch auf Leistungen im Fall einer Kur bestand;
- Krankentagegeld für Selbstständige ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, maximal jedoch von 130 % des zum Umstellungszeitpunkt maßgebenden höchsten Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer (aufgerundet auf den nächsthöheren durch fünf teilbaren Betrag);
- Pflegeversicherung nach § 23 Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI).

Die Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn bezeichneten Zeitpunkt an gezahlt.

Für die Beitragseinstufung gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der

Veränderung der Tarifbeiträge (einschl. der neu hinzukommenden Tarife) angepasst.

3. Beiträge
Abweichend von Ziffer 2.1 des Tarifs S+ gelten die folgenden monatlichen Raten der Tarifbeiträge:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	**Tarif TopS** EUR
0 - 14	8,11
15 - 21	12,60
21 - 25	13,18
26 - 30	19,28
31 - 35	26,39
36 - 40	26,67
41 - 45	24,81

Stand 01.01.2016

Die hier genannten Beiträge können sich unter den in § 8b MB/KK 09 genannten Voraussetzungen ändern.

Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. 21 - 25 zu zahlen. Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 25, 26 - 30, 31 - 35 bzw. 36 - 40 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 25 Jahre und sechs Monate, 30 Jahre und sechs Monate, 35 Jahre und sechs Monate bzw. 40 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 26 - 30, 31 - 35, 36 - 40 bzw. 41 - 45 zu zahlen.

4. Ende der "Besonderen Bedingungen"
Die "Besonderen Bedingungen" enden
a) mit der Umstellung der Ergänzungsversicherung in eine Vollversicherung, spätestens jedoch sechs Monate nach dem Ende der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung,
b) mit Ablauf des Monats, in dem das 45. Lebensjahr vollendet wird,
c) spätestens nach einer Dauer von 15 Jahren.

5. Beiträge nach Beendigung der "Besonderen Bedingungen" ohne Umstellung
Vom Ersten des auf die Beendigung dieser "Besonderen Bedingungen" folgenden Monats an sind - sofern kein Umstellungsrecht in Anspruch genommen wurde - die tariflichen Beitragsraten gemäß Ziffer 2.1 des Tarifs TopS zu entrichten. Dabei gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter.

Allgemeine Versicherungsbedingungen
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I: Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 09)

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13) (*Schrägschrift*)

Für ab dem 21.12.2012 eingeführte Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen (unisex-Tarife).

Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 09). Abweichungen davon zu Gunsten der Versicherungsnehmer enthalten die Allgemeinen Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 13) und auch die Tarife unter Ziffer 4.
Die dadurch zu Gunsten der Versicherungsnehmer gegenstandslos gewordenen Textstellen der Musterbedingungen (MB/KK 09) sind zur besseren Transparenz nicht mehr aufgeführt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
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.

1.1 Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

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.

2.1 Als Versicherungsfall gelten auch solche ambulanten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen, soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

2.2 Als Versicherungsfall gilt auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch nach Maßgabe des § 218a Abs. 2 und 3 des Strafgesetzbuches (siehe Anhang) durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen. Zur Sicherstellung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes der versicherten Person erfolgt die Abrechnung auf deren ausdrücklichen Wunsch hin direkt mit dem Leistungserbringer und ohne Erstellung einer formalen Leistungsabrechnung an den Versicherungsnehmer. Die Leistungen werden grundsätzlich nicht auf einen eventuell vereinbarten Jahresselbstbehalt angerechnet und sind unschädlich für einen eventuellen Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

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 (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

4.1 Der Versicherer verzichtet auf die zeitliche Einschränkung, dass Versicherungsschutz nur für längstens zwei weitere Monate besteht (Abs. 4, letzter Halbsatz).

5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat 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 hätte.

5.1 Gleiches gilt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

6. Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 VVG (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte 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 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

6.1 Kündigt ein Versicherungsnehmer die Krankheitskosten-Vollversicherung einer versicherten Person auf Grund des Eintritts von Versicherungspflicht nach § 13 (3) MB/KK 09, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Krankheitskosten-Vollversicherung in eine für den Neuzugang geöffnete Ergänzungsversicherung zu einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung umzustellen, wenn
- *die Umstellung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt wird und*
- *die Ergänzungsversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht beginnt.*

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, soweit die Leistungen der Ergänzungsversicherung

nicht höher oder umfassender sind als die der Krankheitskosten-Vollversicherung. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann für die Mehrleistungen ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 09 einzuhalten.
Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung. Kündigt ein Versicherungsnehmer die Krankheitskosten-Vollversicherung einer versicherten Person auf Grund des Eintritts von Versicherungspflicht nach § 13 (3) MB/KK 09, hat der Versicherungsnehmer zusätzlich das Recht, die Krankheitskosten-Vollversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 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.

1.1 Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen, bei der Erhöhung des Versicherungsschutzes und bei der Erweiterung des Versicherungsschutzes um den Ersatz solcher Aufwendungen, die bisher nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes waren.

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.

2.1 Für Neugeborene, die nach Absatz 2 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

2.2 Der Versicherer verzichtet auf die Voraussetzung, dass ein Elternteil am Tage der Geburt mindestens drei Monate bei ihm versichert sein muss. Die Voraussetzung, dass ein Elternteil beim Versicherer versichert sein muss, bleibt unberührt.

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.

3.1 Auf die Vereinbarung des Risikozuschlages nach Absatz 3 wird verzichtet.

4. Für Neugeborene bzw. Adoptivkinder, die nach den Absätzen 2 bzw. 3 mitversichert werden, kann innerhalb des vom Elternteil versicherten Tarifs jede Selbstbehalt-Variante zu den in § 2 Abs. 2, 2.1, 3 und 3.1 genannten Konditionen vereinbart werden.

§ 3 Wartezeiten
1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
a) bei Unfällen;
b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung oder der Eintragung der Lebenspartnerschaft gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) beantragt wird.

2.1 Die allgemeine Wartezeit entfällt, wenn bei dem Versicherer eine Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.

3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

3.1 Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

3.2 Die besonderen Wartezeiten entfallen auch dann, wenn bei dem Versicherer eine Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.

4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

4.1 Wird die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt und abgeschlossen, entfallen die Wartezeiten.

5. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine private Krankheitskosten-Vollversicherung 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 Abs. 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.

§ 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.

2.1 Es können auch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie bei Psychotherapie Ärzte, in eigener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

2.2 Es können auch Krankenhausambulanzen zur ambulanten Heilbehandlung in Krankenhäusern in Anspruch genommen werden.

2.3 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren sowie sozialpädiatrischen Zentren.

2.4 Gebühren sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind deren Gebühren im tariflichen Umfang auch über den Gebührenrahmen der gültigen deutschen Gebührenverzeichnisse für Heilpraktiker hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist.
Bei sozialpädiatrischen Zentren sind auch die mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen erstattungsfähig.

Bei Behandlungen im Ausland sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

2.5 Heilmittel können auch von staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (z. B. Masseure, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) erbracht werden, soweit sie ärztlich verordnet wurden.

2.6 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

3*.1 Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nährmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.*

3.2 Stärkungsmittel und sonstige Nährmittel sowie kosmetische Mittel gelten nicht als Arzneimittel.

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.

4.1 Wird vom Krankenhaus der Entlassungstag nicht gesondert berechnet, so gilt dieser Tag in der Krankheitskostenversicherung ebenfalls nicht als Tag einer stationären Heilbehandlung.

4.2 Bei einer stationären Heilbehandlung sind drei Formen möglich:

- Die vollstationäre Behandlung
Sie setzt voraus, dass das Behandlungsziel nur erreicht werden kann, wenn der Patient in vollem zeitlichen und organisatorischen Umfang in das Krankenhaus aufgenommen und dort untergebracht und versorgt wird.

- Die teilstationäre Behandlung
Sie kommt dann in Betracht, wenn auf Grund der Erkrankung eine vollstationäre Unterbringung nicht erforderlich ist, weil die Unterbringung und Versorgung entweder nur tagsüber oder nur während der Nacht notwendig ist (tagesklinische bzw. nachtklinische Behandlung).

- Die vor- und nachstationäre Behandlung
Sie findet ohne Unterkunft und Verpflegung statt und hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt.
Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

4.3 Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind die nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte.

Soweit die Grundsätze der Bundespflegesatzverordnung Anwendung finden, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die nach der Bundespflegesatzverordnung ermittelten Pflegesätze und Zuschläge.

Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen der zuvor genannten Regelungen berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen.

4.4 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter Bundeswehrkrankenhäusern und Entbindungsanstalten.

4.5 Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für drei Wochen, ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25,00 EUR pro Tag.

5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

5.1 Keine vorherige Zusage ist erforderlich
- *wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern*
- *bei Notfallbehandlung,*
- *bei Behandlung wegen einer während des Aufenhalts in einer Krankenanstalt nach Absatz 5 akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,*
- *sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.*

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.

7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere

Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

8. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

9. Ist die versicherte Person Empfänger einer Organ- oder Gewebespende nach §§ 8 oder 8a des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG) (s. Anhang) (Organempfänger) bei dem Versicherer krankheitskostenvollversichert, trägt dieser nicht nur die Aufwendungen für die Behandlung beim Organempfänger (versicherte Person) im vereinbarten tariflichen Umfang, sondern tritt auch für die Absicherung der bei dem Organspender anfallenden Aufwendungen ein. Die Absicherung des Organspenders wird einbezogen in den Versicherungsschutz des Organempfängers (versicherte Person). Dies gilt unabhängig davon, ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist. Die Absicherung des Organspenders gilt als Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers (versicherte Person) im Sinne des § 192 Abs. 1 VVG.
Der Versicherer erbringt in diesen Fällen zur Absicherung des Organspenders folgende Leistungen, wenn der Organempfänger (versicherte Person) bei dem Versicherer krankheitskostenvollversichert ist:

a) Im Hinblick auf die Vorbereitung der Lebendorganspende und die stationäre Aufnahme und Behandlung des Organspenders in unmittelbarem Zusammenhang mit der Organentnahme werden die Kosten der ärztlichen Leistungen für den Organspender mit dem tariflichen Erstattungssatz und dem sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (ambulante Behandlung) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (stationäre Behandlung) ergebenden Umfang erstattet. Ergeben sich bei der Organentnahme unmittelbar Komplikationen, werden diese ebenfalls in diesem Maße durch den Versicherer erstattet.

b) Zu den im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organentnahme stehenden Kosten bei dem Organspender gehören auch die Aufwendungen für eine etwaige auf Grund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung. Auch diese Aufwendungen werden erstattet, wenn die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist.

c) Weiterhin werden die Kosten der Nachbetreuung im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG (siehe Anhang) für die Organspender übernommen.

d) Angemessene Fahrt- und Reisekosten des Organspenders zum nächstgelegenen geeigneten "Behandlungsort" werden ebenfalls erstattet.

e) Damit der Organspender auf Grund der Lebendorganspende und der damit zusammenhängenden Einschränkungen der Verdienstmöglichkeiten keine Nachteile erleidet, erstattet der Versicherer dem Organspender auf entsprechenden Nachweis hin den tatsächlich erlittenen Verdienstausfall. Dem Organspender werden weiterhin die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung und seine Krankenversicherung erstattet. Eine höhenmäßige oder zeitliche Begrenzung besteht hierfür nicht. Soweit der Organspender auf Grund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstausfall erleidet, werden anstelle des Verdienstausfalls dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet.

f) Vom Organempfänger (versicherte Person) vereinbarte Selbstbehalte wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

Treten Komplikationen im Zusammenhang mit der Organspende auf und besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, besteht nur Anspruch auf die Aufwendungen, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

10. Aus den Überschüssen des Versicherers wird satzungsgemäß eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelt.

Die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt das satzungsgemäß zuständige

Organ; als Form der Verwendung kann es u. a. wählen: Auszahlung, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Ist eine Auszahlung beschlossen worden, dann wird die Beitragsrückerstattung für jede einzelne versicherte Person gezahlt, wenn

a) für die betreffende versicherte Person keine Leistungen nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden;

b) die versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert war und am 30. Juni des Folgejahres noch versichert ist; das zweite Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person wegen Krankenversicherungspflicht oder Tod ausgeschieden ist;

c) die auf das abgelaufene Kalenderjahr entfallenden Beiträge spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres gezahlt worden sind.

Die Auszahlung der Beitragsrückerstattung kann bar, durch Überweisung oder durch Verrechnung mit den zu zahlenden Beiträgen erfolgen.
Die Beitragsrückerstattung kann nach der Anzahl der aufeinanderfolgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
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;

1a.1 Abweichend von Absatz 1. a) besteht bei Kriegsereignissen nur für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle keine Leistungspflicht, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Absatz 1. a).
Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von Absatz 3 geleistet.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

1b.1 Als Entziehungsmaßnahmen gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.

1b.2 Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, werden bei insgesamt drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen Kosten übernommen, wenn Erfolgsaussichten bestehen. Auch bei mehreren Suchterkrankungen hat die versicherte Person Anspruch auf nicht mehr als drei Entziehungsmaßnahmen. Werden Entziehungsmaßnahmen von einem anderen Kostenträger vollständig übernommen, werden diese auf die insgesamt drei erstattungsfähigen Entziehungsmaßnahmen angerechnet. Unabhängig vom versicherten Tarif sind Aufwendungen für Wahlleistungen nicht erstattungsfähig. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

1b.3 Unter den Voraussetzungen der Absätze 1b.1 und 1b.2 werden auch die Kosten für Entziehungsmaßnahmen übernommen, die auf Grund von nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z. B. Internetsucht, Spielsucht) durchgeführt werden.

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund 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;

1c.1 Unter der Voraussetzung des Abs. c) besteht auch keine Leistungspflicht für Behandlung durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie in eigener Praxis tätige, ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat.

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) gegenstandslos;

f) entfallen; *)

*) Dieser Passus wurde auf Grund höchstrichterlicher Rechtsprechung gestrichen und ist nun unter § 4 Abs. 6 geregelt.

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), 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.

1.1 Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Arztrechnungen müssen enthalten:
Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten, Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung, Daten der Behandlung.
Für die Erstattung der Kosten von Rücktransporten aus dem Ausland ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes mit vorzulegen.

Die Nachweise sollen spätestens bis zum 31. März des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.
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.

4.1 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 wurden, 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.

5.1 Kosten für Übersetzungen werden nicht von den Leistungen abgezogen. Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen werden nur dann von den Leistungen abgezogen, wenn sie dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6.1 Ist ein Versichertenausweis ausgegeben worden, auf Grund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, 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. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjah-

res 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.

1.1 Bei der Beitragseinstufung (tarifliches Eintrittsalter) wird bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), ein Lebensjahr als voll gerechnet, wenn von ihm mehr als sechs Monate verflossen sind.
Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. 21 - 25 zu zahlen.

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 Abs. 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 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.

4.1 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages 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 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5,00 EUR je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene

Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

7. Bei anderen als den in Abs. 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 für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

9. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des 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 In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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.

5. Zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten mit Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge zugeführt und ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet. Nach Vollendung des 80. Lebensjahres werden nicht verbrauchte Beträge zur Beitragsermäßigung eingesetzt. Diese Maßnahmen erfolgen gemäß § 12 a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Entsprechendes gilt in der substitutiven Krankenversicherung (private Krankenversicherung, die die gesetzliche Krankenversicherung ersetzt) auch für den nach den §§ 12 Abs. 4 a und 12 e VAG (siehe Anhang) erhobenen gesetzlichen Zuschlag.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund 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 Beobachungseinheit 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 Abs. 1 Satz

2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

1.1 Ergibt der Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen gemäß Abs. 1 eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders 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.

2.1 Der Versicherer wird von einer Beitragsanpassung absehen, wenn der Tatbestand nach Abs. 2 vorliegt.

3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

1.1 Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 bleibt hiervon unberührt.

2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Krankheitskosten-Versicherungsvertrag 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 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 bei 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 Dienstleistungen) 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung 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. 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.

1.1 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Abs. 1 kündigt.

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 In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunk des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

5.1 Erhöht der Versicherer auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8 b) eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung 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 Teiles 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 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 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 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

8. Bei Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 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 Abs. 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

2. Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskosten-Teilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 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.

2.1 Der Versicherer verzichtet auch dann auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn bei ihm lediglich eine Krankheitskosten-Teilversicherung nach Abs. 2 besteht.

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 Abs. 10 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. 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 auf Grund 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 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.1 Das Versicherungsverhältnis endet auch dann nicht, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

3.2 Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten oder die Schweiz, endet das Versicherungsverhältnis, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von dieser Verlegung des ge-

wöhnlichen Aufenthaltsortes Kenntnis erlangt.

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.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif
1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a - 2c 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 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- 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.

§ 20 Wechsel in den Basistarif
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 Krankheitskosten-Vollversicherung 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 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des 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

1. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

2. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

3. Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

4. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

5. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

6. Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

1. Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer,

solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

2. Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

2. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

3. Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er 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

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 5.000 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 5.000 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 dem Asylbewerberleistungsgesetz 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 Krank-

heitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

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.

§ 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 ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
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 bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

2. bei einer Kündigung des Vertrags 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 1. Januar 2009 abgeschlossen 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 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

2. Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

3. Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Abs. 1 Nr. 1.

4. 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.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (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.

§ 12a Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

1. Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

2. Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

2a. Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämiensenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass an Stelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

3. Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 12e Zuschlag

Ist der Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2000 geschlossen, gilt § 12 Abs. 4a mit der Maßgabe, dass

1. der Zuschlag erstmalig am ersten Januar des Kalenderjahres, das dem 1. Januar 2000 folgt, zu erheben ist,

2. der Zuschlag im ersten Jahr zwei vom Hundert der Bruttoprämie beträgt und an jedem ersten Januar der darauffolgenden Jahre um zwei vom Hundert, jedoch auf nicht mehr als zehn vom Hundert der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,

3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlages dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen,

4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich widerspricht.

§ 12h Notlagentarif

1. Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

2. Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50

Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)
Fünftes Buch (V)
Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte
(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,

2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,

3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 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, zugunsten 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.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen
1. Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

2. Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

3. Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

4. Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 218a Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs
2. Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

3. Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der

mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

Auszug aus dem Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG)

§ 8 Entnahme von Organen und Geweben
(1) Die Entnahme von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere ist bei einer lebenden Person, soweit in § 8a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn

1. die Person
a) volljährig und einwilligungsfähig ist,
b) nach Absatz 2 Satz 1 und 2 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme eingewilligt hat,
c) nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet ist und voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird,

2. die Übertragung des Organs oder Gewebes auf den vorgesehenen Empfänger nach ärztlicher Beurteilung geeignet ist, das Lebens dieses Menschen zu erhalten oder bei ihm eine schwerwiegende Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern,

3. im Fall der Organentnahme ein geeignetes Organ eines Spenders nach § 3 oder § 4 im Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht und

4. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

Die Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer nicht regenerierungsfähiger Organe ist darüber hinaus nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen.

(2) Der Spender ist durch einen Arzt in verständlicher Form aufzuklären über

1. den Zweck und die Art des Eingriffs,

2. die Untersuchungen sowie das Recht, über die Ergebnisse der Untersuchungen unterrichtet zu werden,

3. die Maßnahmen, die dem Schutz des Spenders dienen, sowie den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen und Spätfolgen der beabsichtigten Organ- oder Gewebeentnahme für seine Gesundheit,

4. die ärztliche Schweigepflicht,

5. die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organ- oder Gewebeübertragung und die Folgen für den Empfänger sowie sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Spende beimisst, sowie über

6. die Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten.

Der Spender ist darüber zu informieren, dass seine Einwilligung Voraussetzung für die Organ- oder Gewebeentnahme ist. Die Aufklärung hat in Anwesenheit eines weiteren Arztes, für den § 5 Abs. 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, und, soweit erforderlich, anderer sachverständiger Personen zu erfolgen. Der Inhalt der Aufklärung und die Einwilligungserklärung des Spenders sind in einer Niederschrift aufzuzeichnen, die von den aufklärenden Personen, dem weiteren Arzt und dem Spender zu unterschreiben ist. Die Niederschrift muss auch eine Angabe über die versicherungsrechtliche Absicherung der gesundheitlichen Risiken nach Satz 1 enthalten. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Satz 3 gilt nicht im Fall der beabsichtigten Entnahme von Knochenmark.

(3) Bei einem Lebenden darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich der Spender und der Empfänger, die Entnahme von Geweben erst, nachdem sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

§ 8a Entnahme von Knochenmark bei minderjährigen Personen
Die Entnahme von Knochenmark bei einer minderjährigen Person zum Zwecke der Übertragung ist abweichend von § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a und b sowie Nr. 2 mit folgender Maßgabe zulässig:

1. Die Verwendung des Knochenmarks ist für Verwandte ersten Grades oder Geschwister der minderjährigen Person vorgesehen.

2. Die Übertragung des Knochenmarks auf den vorgesehenen Empfänger ist nach ärztlicher Beurteilung geeignet, bei ihm eine lebensbedrohende Krankheit zu heilen.

3. Ein geeigneter Spender nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 steht im Zeitpunkt der Entnahme des Knochenmarks nicht zur Verfügung.

4. Der gesetzliche Vertreter ist entsprechend § 8 Abs. 2 aufgeklärt worden und hat in die Entnahme und die Verwendung des Knochenmarks eingewilligt. § 1627 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist anzuwenden. Die minderjährige Person ist durch einen Arzt entsprechend § 8 Abs. 2 aufzuklären, soweit dies im Hinblick auf ihr Alter und ihre geistige Reife möglich ist. Lehnt die minderjährige Person die beabsichtigte Entnahme oder Verwendung ab oder bringt sie dies in sonstiger Weise zum Ausdruck, so ist dies zu beachten.

5. Ist die minderjährige Person in der Lage, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Entnahme zu erkennen und ihren Willen hiernach auszurichten, so ist auch ihre Einwilligung erforderlich.

Soll das Knochenmark der minderjährigen Person für Verwandte ersten Grades verwendet werden, hat der gesetzliche Vertreter dies dem Familiengericht unverzüglich anzuzeigen, um eine Entscheidung nach § 1629 Abs. 2 Satz 3 in Verbindung mit § 1796 des Bürgerlichen Gesetzbuchs herbeizuführen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Tarife PROPHY und SOS.stationär (Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung)

Teil I: Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 09)

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 11) (*Schrägschrift*)

Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 09). Abweichungen davon zu Gunsten der Versicherungsnehmer enthalten die Allgemeinen Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KK 11) und auch die Tarife unter Ziffer 4.
Die dadurch zu Gunsten der Versicherungsnehmer gegenstandslos gewordenen Textstellen der Musterbedingungen (MB/KK 09) sind zur besseren Transparenz nicht mehr aufgeführt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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.

1.1 Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

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.

2.1 Im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung sind Kosten für Schutzimpfungen erstattungsfähig, sofern sie ärztlich angeraten und durchgeführt wurden. Erstattungsfähig sind insbesondere Kosten von Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). Ausgenommen sind berufsbedingte Schutzimpfungen und solche aus Anlass von privaten Auslandsreisen.

2.2 Als Versicherungsfall gelten auch solche ambulanten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen, soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

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 (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

4.1 Der Versicherer verzichtet auf die zeitliche Einschränkung, dass Versicherungsschutz nur für längstens zwei weitere Monate besteht (Abs. 4, letzter Halbsatz).

5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat 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 hätte.

6. Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 VVG (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte 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 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

6.1 Kündigt ein Versicherungsnehmer die Krankheitskosten-Vollversicherung einer versicherten Person auf Grund des Eintritts von Versicherungspflicht nach § 13 (3) MB/KK 09, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Krankheitskosten-Vollversicherung in eine für den Neuzugang geöffnete Ergänzungsversicherung zu einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung umzustellen, wenn

- *die Umstellung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt wird und*
- *die Ergänzungsversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht beginnt.*

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, soweit die Leistungen der Ergänzungsversicherung nicht höher oder umfassender sind als die der Krankheitskosten-Vollversicherung. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann für die Mehrleistungen ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 09 einzuhalten.

Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

§ 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.

1.1 Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend

bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen, bei der Erhöhung des Versicherungsschutzes und bei der Erweiterung des Versicherungsschutzes um den Ersatz solcher Aufwendungen, die bisher nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes waren.

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.

2.1 Für Neugeborene, die nach Absatz 2 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

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 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

a) bei Unfällen;
b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung oder der Eintragung der Lebenspartnerschaft gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) 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 auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

4.1 Wird die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt und abgeschlossen, entfallen die Wartezeiten.

5. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine private Krankheitskosten-Vollversicherung 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 Abs. 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.

§ 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.

2.1 Es können auch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie bei Psychotherapie Ärzte sowie in eigener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

2.2 Es können auch Krankenhausambulanzen zur ambulanten Heilbehandlung in Krankenhäusern in Anspruch genommen werden.

2.3 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren.

2.4 Gebühren sind im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind deren Gebühren im tariflichen Umfang auch über den Gebührenrahmen der gültigen deutschen Gebührenverzeichnisse für Heilpraktiker hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

2.5 Heilmittel können auch von staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (z. B. Masseure, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden)

erbracht werden, soweit sie ärztlich verordnet wurden.

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

3.1 Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nährmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.

3.2 Stärkungsmittel und sonstige Nährmittel sowie kosmetische Mittel gelten nicht als Arzneimittel.

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.

4.1 Wird vom Krankenhaus der Entlassungstag nicht gesondert berechnet, so gilt dieser Tag in der Krankheitskostenversicherung ebenfalls nicht als Tag einer stationären Heilbehandlung.

4.2 Bei einer stationären Heilbehandlung sind drei Formen möglich:

- *Die vollstationäre Behandlung*
  Sie setzt voraus, dass das Behandlungsziel nur erreicht werden kann, wenn der Patient in vollem zeitlichen und organisatorischen Umfang in das Krankenhaus aufgenommen und dort untergebracht und versorgt wird.

- *Die teilstationäre Behandlung*
  Sie kommt dann in Betracht, wenn auf Grund der Erkrankung eine vollstationäre Unterbringung nicht erforderlich ist, weil die Unterbringung und Versorgung entweder nur tagsüber oder nur während der Nacht notwendig ist (tagesklinische bzw. nachtklinische Behandlung).

- *Die vor- und nachstationäre Behandlung*
  Sie findet ohne Unterkunft und Verpflegung statt und hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

4.3 Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind die nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte. Soweit die Grundsätze der Bundespflegesatzverordnung Anwendung finden, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die nach der Bundespflegesatzverordnung ermittelten Pflegesätze und Zuschläge.

Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen der zuvor genannten Regelungen berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen.

4.4 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter Bundeswehrkrankenhäusern und Entbindungsanstalten.

5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

5.1 Keine vorherige Zusage ist erforderlich
- *bei Notfallbehandlung,*
- *bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer Krankenanstalt nach Absatz 5 akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,*
- *sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.*

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.

7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

8. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

9. Die Aufwendungen einer Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung sind im tariflichen Umfang als ambulante oder stationäre Heilbehandlung erstattungsfähig, soweit es sich um medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung oder stationäre Krankenhausbehandlung handelt. Bei Rehabilitationsmaßnahmen mit Kurcharakter sind die Aufwendungen für eine Kur erstattungsfähig, sofern der Versicherungsschutz Kurleistungen vorsieht und eventuelle weitere Voraussetzungen erfüllt sind. § 4 Abs. 5 MB/KK und § 5 Abs. 1 d) MB/KK bleiben unberührt.

10. Aus den Überschüssen des Versicherers wird satzungsgemäß eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelt.

Die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt das satzungsgemäß zuständige Organ; als Form der Verwendung kann es u. a. wählen: Auszahlung, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Ist eine Auszahlung beschlossen worden, dann wird die Beitragsrückerstattung für jede einzelne versicherte Person gezahlt, wenn

a) für die betreffende versicherte Person keine Leistungen nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden;
b) die versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert war und am 30. Juni des Folgejahres noch versichert ist; das zweite Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person wegen Krankenversicherungspflicht oder Tod ausgeschieden ist;
c) die auf das abgelaufene Kalenderjahr entfallenden Beiträge spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres gezahlt worden sind.

Die Auszahlung der Beitragsrückerstattung kann bar, durch Überweisung oder durch Verrechnung mit den zu zahlenden Beiträgen erfolgen.

Die Beitragsrückerstattung kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

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;

1a.1 Abweichend von Absatz 1. a) besteht bei Kriegsereignissen nur für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle keine Leistungspflicht, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse (z. B. durch Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes) verursacht worden sind. Wird die

Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.
Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Absatz 1. a).
Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von Absatz 3 geleistet.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

1b.1 Als Entziehungsmaßnahmen gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.

1b.2 Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, werden bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme Kosten übernommen, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden. Unabhängig vom versicherten Tarif sind Aufwendungen für Wahlleistungen nicht erstattungsfähig. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund 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;

1c.1 Unter der Voraussetzung des Abs. c) besteht auch keine Leistungspflicht für Behandlung durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie in eigener Praxis tätige, ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat.

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

e) gegenstandslos;

f) entfallen; *)

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

*) Dieser Passus wurde auf Grund höchstrichterlicher Rechtsprechung gestrichen und ist nun unter § 4 Abs. 6 geregelt.

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 Versicherungsfalls 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.

1.1 Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.
Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Arztrechnungen müssen enthalten:
Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten, Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung, Daten der Behandlung.
Für die Erstattung der Kosten von Rücktransporten aus dem Ausland ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes mit vorzulegen.

Die Nachweise sollen spätestens bis zum 31. März des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

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.

4.1 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 wurden, 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.

5.1 Kosten für Übersetzungen werden nicht von den Leistungen abgezogen. Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen werden nur dann von den Leistungen abgezogen, wenn sie dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6.1 Ist ein Versichertenausweis ausgegeben worden, auf Grund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, 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. 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.

1.1 Bei der Beitragseinstufung (tarifliches Eintrittsalter) wird bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), ein Lebensjahr als voll gerechnet, wenn von ihm mehr als sechs Monate verflossen sind.

Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. 21 - 25 zu zahlen.

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 Abs. 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 Monatsbeitrages. 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 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.

4.1 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages 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 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5,00 EUR je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

7. Bei anderen als den in Abs. 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 für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

9. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des 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 In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der ver-

sicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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.

5. Zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten mit Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge zugeführt und auschließlich zu den genannten Zwecken verwendet. Nach Vollendung des 80. Lebensjahres werden nicht verbrauchte Beträge zur Beitragsermäßigung eingesetzt. Diese Maßnahmen erfolgen gemäß § 12 a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Entsprechendes gilt in der substitutiven Krankenversicherung (private Krankenversicherung, die die gesetzliche Krankenversicherung ersetzt) auch für den nach den §§ 12 Abs. 4a und 12e VAG (siehe Anhang) erhobenen gesetzlichen Zuschlag.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund 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 Abs. 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.

1.1 Ergibt der Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen gemäß Abs. 1 eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

1.2 Bei einer Beitragsänderung nach Abs. 1 wird das bisherige tarifliche Eintrittsalter zu Grunde gelegt. Das zum Zeitpunkt der Beitragsänderung erreichte tarifliche Lebensalter wird durch einen technischen Zuschlag berücksichtigt (siehe auch § 8a Abs. 2).

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.

2.1 Der Versicherer wird von einer Beitragsanpassung absehen, wenn der Tatbestand nach Abs. 2 vorliegt.

3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

1.1 Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 bleibt hiervon unberührt.

2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Krankheitskosten-Versicherungsvertrag 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 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 bei 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 Dienstleistungen) 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung 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. 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.

1.1 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Abs. 1 kündigt.

2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

3. Wird eine versicherte Person kraft Ge-

setzes 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 In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

5.1 Erhöht der Versicherer auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung 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 Teiles 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 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 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 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

8. Bei Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 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 Abs. 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

2. Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskosten-Teilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 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.

2.1 Der Versicherer verzichtet auch dann auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn bei ihm lediglich eine Krankheitskosten-Teilversicherung nach Abs. 2 besteht.

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 Abs. 10 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. 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 auf Grund 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 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.1 Abs. 3 findet Anwendung bei Wegzug ins außereuropäische Ausland.

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.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif
1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a 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 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- 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.

§ 20 Wechsel in den Basistarif
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 Krankheitskosten-Vollversicherung 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 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen
Krankentagegeldversicherung

Teil I: Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 09)

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KT 13) *(Schrägschrift)*

Für ab dem 21.12.2012 eingeführte Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen (Unisex-Beiträge).

Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 09). Abweichungen davon zu Gunsten der Versicherungsnehmer enthalten die Allgemeinen Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/KT 13) und auch die Tarife unter Ziffer 4.
Die dadurch zu Gunsten der Versicherungsnehmer gegenstandslos gewordenen Textstellen der Musterbedingungen (MB/KT 09) sind zur besseren Transparenz nicht mehr aufgeführt.

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.

1.1 Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

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. Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 VVG (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte 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 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

6. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

7. Bei vorübergehendem 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.

7.1 Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen oder im außereuropäischen Ausland wird auch ohne besondere Vereinbarung für dort eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus gezahlt.

8. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat 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.

8.1 Das Krankentagegeld wird unter den Voraussetzungen des Abs. 8 auch dann gezahlt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

§ 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.

1.1 Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen und bei der Erhöhung des Versicherungsschutzes.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

2.1 Die allgemeine Wartezeit entfällt auch dann, wenn die Krankentagegeldversicherung

bei dem Versicherer zusammen mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.

3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
3.1 Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

3.2 Die besonderen Wartezeiten entfallen auch dann, wenn die Krankentagegeldversicherung bei dem Versicherer zusammen mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.

4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

4.1 Wird die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt und abgeschlossen, entfallen die Wartezeiten.

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 Wartezeiten 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.

5.1 Die Vorversicherungszeiten in einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung sowie in einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge werden auch dann auf die Wartezeiten angerechnet, wenn die Krankentagegeldversicherung nicht zusammen mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei dem Versicherer beantragt wurde.

5.2 Die Anrechnung der Versicherungs- bzw. Dienstzeit auf die Wartezeiten erfolgt in der Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes.

6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
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 zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

2.1 Besteht neben der Krankentagegeldversicherung bei dem Versicherer eine Krankheitskosten-Vollversicherung,

- *sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen gemäß Absatz 2 die auf den Kalendertag umgerechneten Beiträge zur privaten Krankheitskosten-Vollversicherung, privaten Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar;*
- *ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der auf den Kalendertag umgerechnete Gewinn abzüglich der Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75 % des Gewinns absicherbar. Der Gewinn wird aus den Betriebseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit abzüglich der Betriebsausgaben ermittelt;*
- *sind bei Freiberuflern die auf den Kalendertag umgerechneten Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor der Arbeitsunfähigkeit zu 75 % absicherbar.*

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 Vertrag zu Grunde 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, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), 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 Leitung 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 Abs. 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.

9.1 Keine vorherige Zusage ist erforderlich

- *wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern,*
- *bei Notfallbehandlung,*
- *bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer Krankenanstalt nach Absatz 9 akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eingentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,*
- *sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.*

10. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

11. Aus den Überschüssen des Versicherers wird satzungsgemäß eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelt.
Die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt das satzungsgemäß zuständige Organ; als Form der Verwendung kann es u. a. wählen: Auszahlung, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Ist eine Auszahlung beschlossen worden, dann wird die Beitragsrückerstattung für jede einzelne versicherte Person gezahlt, wenn

a) für die betreffende versicherte Person keine Leistungen nach einem Krankentagegeldtarif des Versicherers für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden;

b) die versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach einem Krankentagegeldtarif des Versicherers versichert war und am 30. Juni des Folgejahres noch versichert ist; das zweite Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person wegen Krankenversicherungspflicht oder Tod ausgeschieden ist;

c) die auf das abgelaufene Kalenderjahr entfallenden Beiträge spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres gezahlt worden sind.

Die Auszahlung der Beitragsrückerstattung kann bar, durch Überweisung oder durch Verrechnung mit den zu zahlenden Beiträgen erfolgen.

Die Beitragsrückerstattung kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
1. Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

1a.1 Abweichend von Absatz 1. a) besteht bei

Kriegsereignissen nur für Arbeitsunfähigkeit auf Grund solcher Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle keine Leistungspflicht, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Absatz 1. a).
Für Arbeitsunfähigkeit auf Grund von Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet.

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

1b.1 Als Entziehungsmaßnahmen nach Abs. 1b gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.

1b.2 Das vereinbarte Krankentagegeld wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund der ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen jeweils zu 80 % gezahlt, wenn Erfolgsaussichten bestehen und wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Auch bei mehreren vollständigen Arbeitsunfähigkeiten auf Grund von Suchterkrankungen hat die versicherte Person bei nicht mehr als insgesamt drei Entziehungsmaßnahmen Anspruch auf Krankentagegeld.

1b.3 Unter den Voraussetzungen der Absätze 1b.1 und 1b.2 wird das vereinbarte Krankentagegeld auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen gezahlt, die auf Grund von nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z. B. Internetsucht, Spielsucht) durchgeführt werden.

c) *gegenstandslos;*

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

1d.1 Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt findet außerhalb der Mutterschutzfristen keine Anwendung. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig 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 (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). 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;

1f.1 Der Versicherer verzichtet auf die Einschränkung der Leistungspflicht des Abs. 1f.

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

1g.1 Bei einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers findet die Einschränkung der Leistungspflicht nach Abs. 1f und 1g keine Anwendung, sofern vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens 14 Tage vor der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme bestand. Zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbrachte Zahlungen eines Rehabilitationsträgers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

2. Gegenstandslos

§ 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.

1.1 Das Krankentagegeld wird für die nachgewiesene Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachträglich - auf Wunsch in Teilbeträgen entsprechend der Vorlage der Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit - gezahlt.

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.

4.1 Kosten für Übersetzungen werden nicht von den Leistungen abgezogen. Kosten für

Überweisungen der Versicherungsleistungen werden nur dann von den Leistungen abgezogen, wenn sie dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am 30. Tag 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 Abs. 1 Buchstabe a oder b *in Verbindung mit f.*

1.1 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 14 (1) MB/KT 09, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst spätestens mit Ablauf des dritten Monats nach 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.

1.1 Bei der Beitragseinstufung gilt als tarifliches Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Erhöhung und dem Jahr der Geburt.

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.

3.1 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages 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 Tag 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 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.

6. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

7. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende 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 In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder auf Grund 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.

1.1 Ergibt der Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen gemäß Abs. 1 eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders 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.

2.1 Der Versicherer wird von einer Beitragsanpassung absehen, wenn der Tatbestand nach Abs. 2 vorliegt.

3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

1. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstag 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.

1.1 Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der Karenzzeit des vereinbarten Tarifs anzuzeigen. Aus der ärztlichen Bescheinigung muss die Bezeichnung der Krankheit ersichtlich sein.
Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 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 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl.
§ 15 Abs. 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.

§ 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.

1.1 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

3. Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, 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.

3.1 Kündigt ein Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung einer versicherten Person auf Grund des Eintritts von Versicherungspflicht nach Abs. 3, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Krankentagegeldversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

4. Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten 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 Rück-

tritt 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.

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, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

1.1 Der Versicherer verzichtet auf das Kündigungsrecht nach Abs. 1.

1.2 Auch bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes nach Ziffer 2.5 der Tarife verzichtet der Versicherer auf das Kündigungsrecht nach Abs. 1.

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. *Gegenstandslos*

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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;

a.1 Bei Wegfall der beruflichen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses der betroffenen versicherten Person - gegebenenfalls zu neuen Bedingungen oder nach anderen Tarifen - vereinbart werden.

a.2 Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.

a.3 Entfallen die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit wegen Arbeitslosigkeit der versicherten Person und hat sie Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit nach dem Sozialgesetzbuch - Zweites Buch (SGB II) oder Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch (SGB XII) oder besteht lediglich auf Grund einer Sperrfrist wegen Arbeitsaufgabe kein Leistungsanspruch, endet das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person grundsätzlich nicht.

Das vereinbarte Krankentagegeld wird jedoch unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 4 entsprechend herabgesetzt. Für den Teil, um den sich das Krankentagegeld dadurch vermindert, kann eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden; in diesem Fall kann bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit die Versicherung ohne Gesundheitsprüfung auf eine Tarifstufe mit der Karenzzeit und ein Krankentagegeld in der Höhe umgestellt werden, wenn sie vor Beendigung der Tätigkeit bedarfsgerecht vereinbart war und soweit sie bedarfsgerecht ist; § 4 Abs. 4 bleibt unberührt. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit ist durch geeignete Dokumente zu belegen.
Das Versicherungsverhältnis endet jedoch, wenn feststeht, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer dazu regelmäßig auf dessen Verlangen entsprechende Nachweise der erfolgten Bemühungen der versicherten Person vorzulegen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person - ggf. auch rückwirkend - zu dem Zeitpunkt, ab dem kein Nachweis mehr erbracht wurde bzw. feststeht, dass die Arbeitssuche ohne Erfolg bleiben wird.

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;

b.1 Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen spätestens mit Ablauf des sechsten Monats 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 des § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

c.1 Sofern die beruflichen Voraussetzungen weiter gegeben sind, kann der Versicherungsschutz zu den bisherigen Bedingungen fortgesetzt werden.

d) mit dem Tod. Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

e.1 Das Versicherungsverhältnis endet auch dann nicht, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

f) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit (Buchstabe a), wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Erwerbsminderungsrente bzw. einer Berufsunfähigkeitsrente (Buchstabe b) beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätgkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Erwerbsminderungsrente bzw. von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Erwerbsminderungsrente bzw. der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses, gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

2. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten oder die Schweiz, endet das Versicherungsverhältnis, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von dieser Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes Kenntnis erlangt.

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 Vertrages 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.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 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 Krankentagegeldversicherug beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

4. Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

>> Fortsetzung - einschl. Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) siehe Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 09 + TB/KK 13)

Barmenia
Versicherungen

Leben I Kranken I Unfall I Sach

So erreichen Sie uns:

Barmenia
Krankenversicherung a. G.
Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

info@barmenia.de
www.barmenia.de

Barmenia-Info-Telefon
0202 438-2250

Gerne versorgen wir Sie mit Informationen zu weiteren Barmenia-Produkten. Wir sind in jedem Fall für Sie da.

Der Start in ein gut versorgtes Leben liegt näher, als Sie denken. Und ist manchmal nur einen Anruf entfernt. Als Ihr Partner in allen Versicherungsfragen stehen wir Ihnen mit Rat und Tat zur Seite. Aber auch darüber hinaus können Sie auf uns zählen. Schließlich sollen unsere passgenauen Angebote, unser erstklassiger Service und unsere ausgezeichneten Leistungen Ihnen den Rücken frei halten. Damit Sie so leben können, wie Sie es sich wünschen. Für dieses Ziel geben wir täglich 100 %.

Besser Barmenia. Besser leben.

plus.google.com/+barmenia
www.youtube.de/barmenia
www.xing.com/companies/barmenia
www.twitter.com/barmenia
www.facebook.de/barmenia

WK 1082 02/16

TÜVRheinland ZERTIFIZIERT
Nachhaltige Unternehmensführung
www.tuv.com
ID 9108624310