Versicherungsbedingungen

Musterbedingungen und Tarife mit Tarifbedingungen für Zusatzversicherte

Stand: 01.01.2017

Continentale Krankenversicherung a.G.
Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit
Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
www.continentale.de

Inhalt:

		Seite
1.	Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil I: Muster- / Rahmenbedingungen)	3
2.	Tarife mit Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) und Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren	18
3.	Besondere Bedingungen	57
4.	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung	60
5.	Anhang mit Gesetzesauszügen	74
6.	Satzung	83
7.	Dienstleister und Auftraggeber der Continentale Krankenversicherung a. G.	87

Inhaltsübersicht

	Kurzbeschreibung	Seite
MB/KK 2009	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009)	3
MB/KT 2009	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009)	8
RB/PG 2017	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017)	13
Tarif CE-U	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	18
Tarif CEB-PLUS-U	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	21
Tarif CEK-PLUS-U	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	24
Tarif CEZK-U	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	28
Tarif CEZP-U	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	30
Tarif CEJ	Ergänzungstarif für versicherte Kinder und Jugendliche in der gesetzlichen Krankenversicherung	33
Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren		43
Tarif SG	Zusatzversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	44
Tarif AV-P1	Optionstarif	46
Tarif KHT	Krankenhaustagegeld	47
Tarif KS-U	Kurkostenversicherung	49
Tarif KS1-U	Kurtagegeldversicherung	50
Tarif V-U	Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V-U	51
Tarif VA-U	Krankentagegeldversicherung nach dem Ärztetarif VA-U	54
Tarife ANV, ANV-U, AWVA und AWVA-U	Anwartschaftsversicherung	57
Besondere Bedingungen für Personen in einer Berufsausbildung (AZ)		58
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)		59
Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)		59
Tarif PG-E	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PG-E	60
Tarif PG	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PG	63
Tarif PG-C	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegeeinmalleistungsversicherung nach Tarif PG-C	68
Tarif PZ-U	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung nach Tarif PZ-U	70
Anhang	Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, RB/PG 2017 und den Tarifen CE-U, CEB-PLUS-U, CEK-PLUS-U, CEZK-U, CEZP-U, CEJ, SG und PZ-U	74
Satzung		83
Dienstleister und Auftraggeber der Continentale Krankenversicherung a. G.		87

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

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

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (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.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a 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 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 § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 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 eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung 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.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach

Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 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.

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

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von 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.

(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 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer 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.

§ 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;

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

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

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

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) ---

g) für Behandlungen durch Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, 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.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) 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 anstelle 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 unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

(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 Euro 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 § 153 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 § 153 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.

* Hinweis: Zu diesen zählen auch Tarife, die in Abschnitt C (Leistungen des Versicherungsnehmers) der Tarifbedingungen eine Anwendbarkeit von § 37 vorsehen.

(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 Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; 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 steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 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.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

§ 9 Obliegenheiten

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(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 Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

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

§ 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 Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

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

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 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.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 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 Krankheitskostenvollversicherung 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 § 146 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 Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung 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.

(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 aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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 Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 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 Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

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

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a 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 nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen, mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang). 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 einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) 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.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

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

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

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die 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.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen 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 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, 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 Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(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.

§ 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;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (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;

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) 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 anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 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 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.

(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 Inkrafttreten 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 aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 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 Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges 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 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 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.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer

binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 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 Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(7) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, hat der Versicherungsnehmer das Recht, einen von ihm gekündigten Vertrag nach den Bestimmungen des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen. Das gleiche Recht steht auch der versicherten Person zu.

§ 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.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

§ 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;

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

(3) 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld oder eine Pflegeeinmalleistung und erbringt sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Der Versicherungsfall beginnt mit der gutachterlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn die Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Pflegebedürftig ist eine versicherte Person, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um eine Person handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mindestens nach der in Abs. 5 festgelegten Schwere bestehen.

(4) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten nach Abs. 3 Satz 1 ist die Beurteilung anhand der in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

a) Mobilität:

Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

d) Selbstversorgung:

Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche (vgl. Buchstaben a bis f) berücksichtigt.

(5) Voraussetzung für die Leistung des Versicherers ist, dass die versicherte Person nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) zugeordnet wird. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen nach Abs. 4 entsprechen. Nach § 15 Absätze 2 und 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die sechs Bereiche (Module) nach Abs. 4 Einzelpunkte ermittelt und addiert sowie gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf Basis der Gesamtpunkte wird für die versicherte Person der entsprechende Pflegegrad festgelegt:

a) Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

b) Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

c) Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

d) Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

e) Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(6) Versicherte Personen mit – nach der Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen – besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 Punkte liegen.

(7) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für die Leistungen aus der Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in Abs. 4 genannten sechs Bereichen (Module) ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(8) Bei Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 5 bis 7 entsprechend.

(9) Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte nach § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad (max. Pflegegrad 5) eingestuft.

(10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I: RB/PG 2017 mit Anhang, Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(11) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(12) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland, sofern der Tarif keine andere Regelung vorsieht.

(13) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsene Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach diesen Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes in einen Tarif, bei dem die Beiträge nicht geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, sofern der Tarif keine andere Regelung vorsieht.

(2) Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an.

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu bzw. anstelle einer bestehenden Versicherung, bei der Mitversicherung weiterer Personen oder bei Erhöhung des Pflegetagegeldes oder der Pflegeeinmalleistung wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

(3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(4) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) solange sich die versicherte Person im Ausland aufhält, sofern der Tarif keine andere Regelung vorsieht.

§ 6 Beginn der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht für das vereinbarte Pflegetagegeld (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Abschnitt B I) bzw. für die vereinbarte Pflegeeinmalleistung (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Abschnitt B) setzt voraus, dass die nach den jeweiligen Tarifbedingungen für den Leistungsanspruch erforderliche Pflegebedürftigkeit festgestellt wird und der Versicherungsnehmer beim Versicherer einen entsprechenden Antrag auf Leistungen stellt.

(1) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die deutsche private Pflegepflichtversicherung oder deutsche soziale Pflegeversicherung

Wird die Pflegebedürftigkeit durch die deutsche private Pflegepflichtversicherung (PPV) oder deutsche soziale Pflegeversicherung (SPV) festgestellt, beginnt die Leistungspflicht für das vereinbarte Pflegetagegeld bzw. die vereinbarte Pflegeeinmalleistung an dem Tag des Leistungsbeginns der PPV oder SPV.

Im Fall einer Änderung des Pflegegrades oder eines Wechsels zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege ist der Tag maßgebend, zu dem die PPV oder SPV die Leistung ändert.

Geht der Antrag auf Leistungen bei dem Versicherer nicht innerhalb von einem Jahr nach Feststellung einer Pflegebedürftigkeit, einer Erhöhung des Pflegegrades oder eines Wechsels zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege durch die PPV oder SPV ein, beginnt die Leistungspflicht des Versicherers frühestens mit Beginn des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Leistungen beim Versicherer stellt.

(2) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird die Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter festgestellt, beginnt die Leistungspflicht für das vereinbarte Pflegetagegeld bzw. die vereinbarte Pflegeeinmalleistung frühestens mit Beginn des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Leistungen beim Versicherer stellt.

Satz 1 gilt auch für den Fall einer Änderung des Pflegegrades oder eines Wechsels zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege. Verlangt der Versicherer eine Folgebegutachtung der Pflegebedürftigkeit, wird die Leistungspflicht – falls erforderlich – frühestens mit Beginn des Monats angepasst, in dem der Versicherer begonnen hat, die Überprüfung des Fortbestands der Pflegebedürftigkeit vorzunehmen.

Diese Bestimmungen gelten, sofern der Tarif keine anderen Regelungen vorsieht.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Die Versicherungsleistungen werden vom Beginn der Leistungspflicht (vgl. § 6) an erbracht.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise vorliegen; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(5) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Dies gilt insbesondere bei Auslandsüberweisungen, bei denen keine Bankverbindung mit gültiger IBAN / BIC besteht. Kosten für Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. vom Versicherer zurückzuzahlen. Wird der Beitrag in gleichen monatlichen Raten gezahlt, wird die Beitragsrate mit Wirkung zum Änderungszeitpunkt neu festgesetzt, so dass kein Unterschiedsbetrag fällig wird.

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

(3) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, 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. Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

(4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus Abs. 3 Satz 3 ergibt.

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

(6) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 9 a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach den 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 bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung nach 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.

§ 9 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Beitragsanpassungen nach Abs. 1 und Änderungen von vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 10 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die für deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(4) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 11 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 § 10 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 10 Abs. 4 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 9 b oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 Abs. 1 für einen Tarif, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag nach diesem Tarif für die betroffene versicherte 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) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(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 von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 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 muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zugegangen sein.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, sofern der Tarif keine andere Regelung vorsieht. Endet das Versicherungsverhältnis, haben die versicherten Personen jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers zugegangen sein.

(4) Verlegt eine versicherte Person den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, sofern der Tarif keine andere Regelung vorsieht.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I: RB/PG 2017 mit Anhang, Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen) 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 (Teil I: RB/PG 2017 mit Anhang, Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen) 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.

(3) Werden die gesetzlichen Regelungen zur Definition der Pflegebedürftigkeit in der PPV oder SPV geändert, kann der Versicherer die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I: RB/PG 2017 mit Anhang, Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen) an die neuen Regelungen angleichen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CE-U für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B III.

b) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.
§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

c) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

d) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

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

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

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B III.

6. Vertragsdauer

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

7. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der GKV endet. Das Versicherungsverhältnis kann unter den in § 3 Abs. 5 MB/KK 2009 vorgesehenen Vergünstigungen und Voraussetzungen als Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen fortgesetzt werden, wobei für schwebende Versicherungsfälle die Leistungen höchstens im gleichen Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes erbracht werden.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden im tariflichen Rahmen die Kosten, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Soweit in diesem Tarif auf eine Vorleistung der GKV abgestellt wird, sind die auf den bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechneten Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anzuerkennen, so dass diese als Vorleistung der GKV gilt. Erbringt die GKV keine Leistung, entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif mit Ausnahme der Erstattung der Kosten bei Auslandsaufenthalten und der Kosten für Zahnersatz von Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind.

I. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Erstattet werden 20 % des nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V (siehe Anhang) festgesetzten Betrages für die jeweilige Regelversorgung mit Zahnersatz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung).
2. Erhalten Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind, von der GKV keine Vorleistung, werden die Kosten für Zahnersatz im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) mit 20 % erstattet. Kosten für Zahnersatz sind in diesen Fällen die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen, prothetische, implantologische und bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten.

   Die Kosten für implantologische Leistungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsmaßnahmen nicht zur Verfügung stehen und dies vor Behandlungsbeginn durch ein zahnärztliches Attest nachgewiesen wird.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen, die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen.

   Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes sowie gesondert berechenbare Leistungen der Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger im Mehr-Bett-Zimmer. Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten. Jede Unterkunft in einem Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer ohne Mehrkosten gilt ebenfalls als Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer.

   Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.
2. Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn
   - es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
   - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
   - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

   Die tariflichen Leistungen werden auch dann erbracht, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bedarf es nicht.

   § 5 Abs. 1 d MB/KK 2009 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden
   a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:
      - ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker);
      - Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Sondennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.

        Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: kosmetische Präparate sowie Nähr- und Stärkungspräparate;
      - schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschl. Kronen sowie Kieferorthopädie;
      - stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten;
      - den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus.

   b) Rücktransportkosten

      Rücktransportkosten sind Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in das Inland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt.

      Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern die Begleitung medizinisch notwendig war oder von der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

   c) Überführungskosten

      Überführungskosten sind entweder Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch die Überführung in das Inland entstehen, oder die Kosten, die durch die Bestattung am Sterbeort entstehen. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu 10.226,– Euro.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass der Versicherungsschutz vor Antritt der Reise durch besondere Vereinbarung ausgedehnt wird.

   Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – unbeschadet des § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2009 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen; ansonsten werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

   Die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltende ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2009 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG genannten Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 2009).

3. Keine Leistungspflicht besteht
   - für Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
   - für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z.B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
   - für Entbindung (ausgenommen Frühgeburt) und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen;
   - für Hilfsmittel, z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw., mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
   - für weder im jeweiligen Aufenthaltsland noch im Inland wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel.
4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.
5. Als Inland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Behandlungstage enthalten. Soweit Duplikatrechnungen vorgelegt werden, muss die Vorleistung eines anderen Kostenträgers betragsmäßig bestätigt sein.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

4. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2009

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt,
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschussverwendung

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

E) Beitragsanpassung

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEB-PLUS-U für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B III.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

c) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.
§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

d) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

e) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

f) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

g) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

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

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

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

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

Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für die zu versichernde Person bei nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfällen und für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B III.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

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

7. Vertragsdauer

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

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine Pauschalleistung als Ausgleich für entstandene Aufwendungen.

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

Soweit in diesem Tarif auf eine Vorleistung der GKV abgestellt wird, sind die auf den bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechneten Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anzuerkennen, so dass diese als Vorleistung der GKV gilt.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Naturheilverfahren

a) Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

b) Erstattungsfähig sind alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

Die Kosten für alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente – ausgenommen der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Nr. 2) – werden bis zu 100,– Euro je Kalenderjahr erstattet.

2. Arznei- und Verbandmittel

Die nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln werden mit 100 % erstattet.

3. Heilmittel

Die nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Heilmitteln werden mit 100 % erstattet.

4. Brillen / Kontaktlinsen

a) Die nach Leistung der GKV verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden bis zu 77,– Euro erstattet.

b) Besteht nachweislich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, sind die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen zu 80 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 100,– Euro je Kalenderjahr erstattet.

5. Fahrkosten

Die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten werden mit 100 % erstattet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigen sich die Höchsterstattungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden

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

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

c) die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

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

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist nicht erforderlich.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 2009 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

– ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;

– Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Sondennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.

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

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

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

  Anstelle des Kostenersatzes für eine vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 25,– Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

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

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

b) Rücktransportkosten

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

c) Überführungs- oder Bestattungskosten

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

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

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

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass ein verlängerter Versicherungsschutz vor Antritt der Reise besonders vereinbart wurde.

   Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2009 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

   Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2009 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 2009) genannte Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 2009).

3. Keine Leistungspflicht besteht

   – für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;

   – für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;

   – für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;

   – für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;

   – für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;

   – für Hilfsmittel (z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;

   – für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

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

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muss. Wenn die GKV

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

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen. Ein Leistungsvermerk der GKV ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Bei stationärer Heilbehandlung sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

4. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2009

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt,
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschussverwendung

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

E) Beitragsanpassung

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEK-PLUS-U für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B III.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

c) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.
§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

d) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

e) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

f) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

g) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

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

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

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für die zu versichernde Person bei nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfällen und für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B III.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

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

7. Vertragsdauer

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

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine Pauschalleistung als Ausgleich für entstandene Aufwendungen.

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

Soweit in diesem Tarif auf eine Vorleistung der GKV abgestellt wird, sind die auf den bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechneten Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anzuerkennen, so dass diese als Vorleistung der GKV gilt.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Naturheilverfahren

a) Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 80 % der erstattungsfähigen Kosten.

b) Erstattungsfähig sind alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 80 % der erstattungsfähigen Kosten.

Die Kosten für alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente – ausgenommen der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Nr. 2) – werden bis zu 150,– Euro je Kalenderjahr erstattet.

2. Arznei- und Verbandmittel

Die nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln werden mit 100 % erstattet.

3. Heilmittel

Die nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Heilmitteln werden mit 100 % erstattet.

4. Hilfsmittel

Die nach § 33 Abs. 8 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Hilfsmitteln (außer Sehhilfen) werden mit 100 % erstattet.

5. Brillen / Kontaktlinsen

a) Die nach Leistung der GKV verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden bis zu 150,– Euro erstattet.

b) Besteht nachweislich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, sind die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen zu 80 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 200,– Euro je Kalenderjahr erstattet.

6. Rehabilitationsmaßnahmen / Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahmen

Die nach § 40 Abs. 5 und 6 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und die nach § 41 Abs. 3 SGB V (siehe Anhang) vorgesehene Zuzahlung je Tag einer Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme werden mit 100 % erstattet.

7. Fahrkosten

Die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten werden mit 100 % erstattet.

8. Vorsorgeuntersuchungen

Die Kosten für medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen, die in dem anhängenden Verzeichnis aufgeführt sind, sind zu 80 % erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 150,– Euro je Kalenderjahr erstattet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigen sich die Höchsterstattungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden

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

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

c) die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

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

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist nicht erforderlich.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 2009 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

   a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

   – ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;

   – Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Sondennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.

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

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

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

     Anstelle des Kostenersatzes für die vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 25,– Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

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

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

   b) Rücktransportkosten

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

   c) Überführungs- oder Bestattungskosten

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

   d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

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

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass ein verlängerter Versicherungsschutz vor Antritt der Reise besonders vereinbart wurde.

   Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2009 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall

der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2009 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 2009) genannte Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 2009).

3. Keine Leistungspflicht besteht
   - für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
   - für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
   - für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
   - für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
   - für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
   - für Hilfsmittel (z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;
   - für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.
4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muss. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen. Ein Leistungsvermerk der GKV ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Bei stationärer Heilbehandlung sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

4. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2009

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt;
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschussverwendung

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

E) Beitragsanpassung

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

Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die nach Abschnitt B I 8 erstattungsfähig sind:

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZK-U für die Versicherung der Kosten von Zahnersatz für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.
§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

c) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

d) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

e) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die in der deutschen GKV versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V haben.

3. Versicherungsjahr

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

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

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die besondere Wartezeit nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 kann erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebisszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Die Wartezeit entfällt bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

7. Vertragsdauer

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

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfallen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber der GKV oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.
Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.

I. Leistungsumfang

Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung nach Nr. 1 b sowie Funktionsdiagnostik nach Nr. 2 werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

1. Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung

a) Die im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen) werden, wenn die Rechnung keine privatzahnärztlichen Vergütungsanteile enthält, unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt mit 100 % erstattet.

b) Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung nach Abs. III 1 werden, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privatzahnärztliche Vergütungsanteile enthält, unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt mit 75 % erstattet.

Erbringt die GKV im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) eine Leistung, werden mindestens die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung nach Buchstabe a) erstattungsfähig wären.

Bei einer Versorgung mit oralen Implantaten werden die Kosten für maximal vier orale Implantate je Kiefer erstattet.

Die Kosten für eine augmentative Behandlung werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal vier oralen Implantate je Kiefer erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, werden 40 % der Kosten nach Abs. III 1 als fiktive Leistung der GKV angerechnet.

2. Funktionsdiagnostik

Die Kosten für Funktionsdiagnostik nach Abs. III 2 werden ausschließlich im Zusammenhang mit Leistungen nach Nr. 1 b mit 75 % erstattet.

II. Leistungsstaffel

Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate, augmentative Behandlung und Funktionsdiagnostik werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten vier Kalenderjahre auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

– in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,– Euro
– in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.500,– Euro
– in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000,– Euro.

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

Das erste Kalenderjahr endet zum Ende des Jahres, in dem die Versicherung nach diesem Tarif beginnt.

III. Erläuterungen

1. Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Lokalanästhesien (außer Narkosen), Abformungsmaßnahmen, Röntgenleistungen (außer Computertomographien) und prothetische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Onlays, Stiftzähne, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Lokalanästhesien (außer Narkosen), Röntgenleistungen (außer Computertomographien), implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz, Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für augmentative Behandlungen sind die Gebühren für Lokalanästhesien (außer Narkosen), Röntgenleistungen (außer Computertomographien), Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial, Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

2. Kosten für Funktionsdiagnostik sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen einschließlich der Material- und Laborkosten des erforderlichen Zahnmodells, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Versorgung mit Zahnersatz oder oralen Implantaten erfolgen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses bestätigt sein muss. Zur Erstattung der Kosten für Funktionsdiagnostik ist eine Dokumentation über den klinischen Funktionsstatus einzureichen.

Die Höhe der Leistung anderer leistungspflichtiger Kostenträger muss durch diese bestätigt sein.

Wenn die GKV keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original sowie mit einer sachverhaltsbezogenen Begründung der GKV, dass diese keine Erstattung vornimmt, vorgelegt werden.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, den zahnmedizinischen Befund, die Bezeichnung der behandelten Zähne, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

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

E) Beitragsanpassung

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

Hinweis:

Heil- und Kostenplan
Wir empfehlen Ihnen, uns einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen; wir teilen Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZP-U für die Versicherung der Kosten zahnärztlicher Leistungen für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a)Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b)Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.
§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

c)Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

d)Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

e)Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die in der deutschen GKV versichert sind und Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V haben.

3. Versicherungsjahr

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

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

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Abweichend von § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt für Zahnbehandlung (vgl. Abschnitt B I 1) nur die allgemeine Wartezeit von drei Monaten. Diese Wartezeit gilt auch für Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung und Fissurenversiegelung (vgl. Abschnitt B I 2).

Für Zahnersatz, orale Implantate, augmentative Behandlung und Funktionsdiagnostik (vgl. Abschnitte B I 3 und B I 4) gilt die besondere Wartezeit von acht Monaten (§ 3 Abs. 3 MB/KK 2009).

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebisszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Die Wartezeiten entfallen bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

7. Vertragsdauer

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

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfallen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber der GKV oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.

I. Leistungsumfang

Die Kosten für Zahnbehandlung nach Nr. 1, Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung nach Nr. 3 b sowie Funktionsdiagnostik nach Nr. 4 werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

1. Zahnbehandlung

a) Die Kosten für Wurzelkanalbehandlung und Parodontosebehandlung nach Abs. III 1 werden mit 100 % erstattet.

Eine privatzahnärztliche Behandlung ist nur dann erstattungsfähig, wenn für die zahnärztliche Maßnahme dem Grunde nach kein Sachleistungs- bzw. Kostenerstattungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

b) Die Kosten für dentin-adhäsive Füllungen nach Abs. III 1 werden unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt mit 100 % erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, entfällt eine Erstattung für dentin-adhäsive Füllungen nach diesem Tarif.

2. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR) und Fissurenversiegelung

Die Kosten für Maßnahmen zur Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung nach Abs. III 2 werden mit 100 % bis zu insgesamt 80,– Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

Die Fissurenversiegelung ist nur bis zum Ende des Kalendermonats erstattungsfähig, in dem die versicherte Person 18 Jahre alt wird.

3. Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung

a) Die im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen) werden, wenn die Rechnung keine privatzahnärztlichen Vergütungsanteile enthält, unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt mit 100 % erstattet.

b) Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung nach Abs. III 3 werden, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privatzahnärztliche Vergütungsanteile enthält, unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt wie folgt erstattet:

90 %, sofern eine ununterbrochene mindestens fünfjährige Vorsorge nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) nachgewiesen wird;

80 %, sofern keine ununterbrochene mindestens fünfjährige Vorsorge nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) nachgewiesen wird.

Erbringt die GKV im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) eine Leistung, werden mindestens die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung nach Buchstabe a) erstattungsfähig wären.

Bei einer Versorgung mit oralen Implantaten werden die Kosten für maximal sechs orale Implantate je Kiefer erstattet.

Die Kosten für eine augmentative Behandlung werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, werden 40 % der Kosten nach Abs. III 3 als fiktive Leistung der GKV angerechnet.

4. Funktionsdiagnostik

Die Kosten für Funktionsdiagnostik nach Abs. III 4 werden ausschließlich im Zusammenhang mit Leistungen nach Nr. 3 b unter Anwendung des zutreffenden Prozentsatzes (80 % oder 90 % – vgl. Nr. 3 b) erstattet.

II. Leistungsstaffel

Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate, augmentative Behandlung und Funktionsdiagnostik werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten vier Kalenderjahre auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

– in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,– Euro
– in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,– Euro
– in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 4.000,– Euro.

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben.

Das erste Kalenderjahr endet zum Ende des Jahres, in dem die Versicherung nach diesem Tarif beginnt.

III. Erläuterungen

1. Kosten für Wurzelkanalbehandlung sind zahnärztliche Aufwendungen für die Aufbereitung und Versorgung der Wurzelkanäle und des Zahnes, Wurzelspitzenresektionen sowie die in diesem Rahmen erforderlichen Röntgenaufnahmen (außer Computertomographien), Lokalanästhesien sowie Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff.

Kosten für Parodontosebehandlung sind zahnärztliche Aufwendungen für parodontalchirurgische und regenerative Maßnahmen zur Wiederherstellung des Aufbaus und der Funktion des Zahnhalteapparates sowie die in diesem Rahmen erforderlichen Röntgenaufnahmen (außer Computertomographien), Lokalanästhesien sowie Kontrolle und Nachbehandlung nach parodontalchirurgischem Eingriff.

Kosten für dentin-adhäsive Füllungen sind zahnärztliche Aufwendungen für Maßnahmen zum Ersatz der Zahnhartsubstanz unter Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik.

2. Kosten für Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung sind Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes, die Kontrolle des Übungserfolges, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne, die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur sowie die Behandlung, Fluoridierung und Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen.

3. Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Lokalanästhesien (außer Narkosen), Abformungsmaßnahmen, Röntgenleistungen (außer Computertomographien) und prothetische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Onlays, Stiftzähne, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Lokalanästhesien (außer Narkosen), Röntgenleistungen (außer Computertomographien), implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz, Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für augmentative Behandlungen sind die Gebühren für Lokalanästhesien (außer Narkosen), Röntgenleistungen (außer Computertomographien), Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Kontrolle und Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

4. Kosten für Funktionsdiagnostik sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen einschließlich der Material- und Laborkosten des erforderlichen Zahnmodells, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Versorgung mit Zahnersatz oder oralen Implantaten erfolgen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie bei Zahnersatz, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen die prozentuale Höhe des Festzuschusses bestätigt sein muss.

Zudem ist zur Erstattung der Kosten für Funktionsdiagnostik eine Dokumentation über den klinischen Funktionsstatus einzureichen.

Die Höhe der Leistung anderer leistungspflichtiger Kostenträger muss durch diese bestätigt sein.

Wenn die GKV keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original sowie mit einer sachverhaltsbezogenen Begründung der GKV, dass diese keine Erstattung vornimmt, vorgelegt werden.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, den zahnmedizinischen Befund, die Bezeichnung der behandelten Zähne, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

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

E) Beitragsanpassung

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

Hinweis:

Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, uns einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen; wir teilen Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEJ für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche

A) Allgemeine Bestimmungen

I. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

a) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

b) Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer die unter Abschnitt B vereinbarten Leistungen.

c) 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

– ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen nach Abschnitt B I 2,

– Kosten für Begleitpersonen im Krankenhaus nach Abschnitt B III 2,

– Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung und Fissurenversiegelung nach Abschnitt B IV 1,

– Überführungs- oder Bestattungskosten nach Abschnitt B V 1 c) und

– Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland nach Abschnitt B V 1 d).

d) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

e) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

f) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber Abschnitt A III 3 c)). Für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

Die Sätze 3 und 4 gelten nicht für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B V.

g) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, setzt sich das Versicherungsverhältnis in der Weise fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

2. Personenkreis

Aufnahmefähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden versicherungsfähigen Personen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Person das 18. Lebensjahr vollendet.

Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV) nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V haben, bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Person das 20. Lebensjahr vollendet.

3. Beginn des Versicherungsschutzes

a) 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.

b) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

   Für Neugeborene, die ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

c) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Zuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an.

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu bzw. anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

5. Wartezeiten

a) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

b) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

c) Die besonderen Wartezeiten betragen für Kieferorthopädie acht Monate.

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

e) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird oder das Versicherungsverhältnis nicht nach Abschnitt A III 3 endet.

7. Umfang der Leistungspflicht

a) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus Abschnitt B und das Optionsrecht aus Abschnitt C dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

b) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind.

c) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Buchstabe b) genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

d) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, auf die das Krankenhausentgeltrecht (Bundespflegesatzverordnung, Krankenhausentgeltgesetz und Krankenhausfinanzierungsgesetz) Anwendung findet. In Erweiterung des Satzes 1 hat die versicherte Person während Auslandsaufenthalten die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Die Krankenhäuser müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

e) 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.

f) Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.

g) Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der GKV sowie anderen Erstattungsverpflichteten, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

h) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,– Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer 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.

i) 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.

8. Einschränkung der Leistungspflicht

a) Keine Leistungspflicht besteht für

aa) 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.

Als Kriegsereignisse gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen;

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

ac) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Dies gilt auch für Behandlungen in einem MVZ;

ad) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

ae) Behandlungen durch Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

af) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

b) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, 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.

c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer, unabhängig von Ansprüchen des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

d) Sofern der Anspruch auf Leistungen der GKV nach § 16 Abs. 3 a SGB V (siehe Anhang) ruht, besteht keine Leistungspflicht.

e) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Ansprüche gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

9. Auszahlung der Versicherungsleistungen

a) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die vom Versicherer geforderten Nachweise und Leistungsunterlagen erbracht hat; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

Sofern auf eine Vorleistung der GKV abgestellt wird und die GKV keine Leistung erbringt, muss dies auf den Original-Rechnungsbelegen durch die GKV bestätigt sein.

Erläuterungen zu den geforderten Nachweisen und Leistungsunterlagen nach Satz 1:

– Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

– Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten.

– Bei Meldung einer ambulanten Operation oder stationären Heilbehandlung infolge eines Unfalls übersendet der Versicherer ein Unfall-Formular. Für die unverzügliche Prüfung der Leistungspflicht des Versicherers ist die Rücksendung des vollständig ausgefüllten Unfall-Formulars sowie eventuell weiterer vom Versicherer benannter Unterlagen erforderlich.

– Zum Nachweis des notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Diagnose einzureichen. Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen. Bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

– Zum Nachweis der notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus ist eine Bescheinigung über die Dauer der Unterbringung der Begleitperson, die Diagnose der stationär aufgenommenen versicherten Person, den Namen des behandelnden Arztes sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einzureichen.

– Bei kieferorthopädischer Behandlung ist dem Versicherer der vom behandelnden Kieferorthopäden erstellte Heil- und Kostenplan einzureichen. Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der an diesen Zähnen vorgenommenen Behandlungen enthalten.

– Bei Heilbehandlungskosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlungen im Ausland müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der an diesen Zähnen vorgenommenen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer behält sich im Einzelfall vor, zur Prüfung der Leistungspflicht weitere erforderliche Nachweise und Leistungsunterlagen zu verlangen.

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

c) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

d) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

e) Die Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt sowie die Kosten für notwendige Übersetzungen, können von den Versicherungsleistungen abgezogen werden.

f) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

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

10. Ende des Versicherungsschutzes

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

II. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Beitragszahlung

a) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. vom Versicherer zurückzuzahlen.

b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

c) Für Neugeborene, die nach Abschnitt A I 3 b) ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

d) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, 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. Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

e) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus Buchstabe d) ergibt.

f) 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.

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

2. Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet und sind in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

3. Beitragsanpassung

a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Um eine dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge zu gewährleisten, vergleicht der Versicherer dementsprechend zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge 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.

b) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

c) Beitragsanpassungen nach Buchstabe a) werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

4. Obliegenheiten

a) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

b) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft

zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

c) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

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

5. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

a) 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 Abschnitt A II 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

b) Wird die in Abschnitt A II 4 Buchstabe e) genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

c) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

6. Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

a) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

b) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer – soweit erforderlich – mitzuwirken.

c) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Buchstaben a) und b) genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

d) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Buchstaben a) bis c) entsprechend anzuwenden.

7. Aufrechnung

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

8. Überschussverwendung

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

III. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

a) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

b) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

c) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (vgl. Abschnitt A II 3 a)) oder vermindert er seine Leistungen nach Abschnitt A IV 3 a), kann der Versicherungsnehmer das insoweit betroffene Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

d) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis, ist die Kündigung nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Die versicherten Personen haben das Recht – sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen – das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zugegangen sein.

2. Kündigung durch den Versicherer

a) Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 206 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

b) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

3. Ende des Versicherungsverhältnisses

a) Das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif endet

- mit dem Ausscheiden der versicherten Person aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung
- mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet (vgl. auch Abschnitt A I 2 Satz 2)
- mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht – sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen – das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zugegangen sein.

b) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

c) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in Abschnitt A I 1 g) genannten, endet insoweit das Versicherungsverhält-

nis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

IV. Sonstige Bestimmungen

1. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

2. Gerichtsstand

a) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

b) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

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

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

1. Brillen oder Kontaktlinsen

Die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden je Kalenderjahr und je versicherte Person mit 100 % bis zu insgesamt 50,– Euro erstattet.

2. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Die Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Impfstoffe für Schutzimpfungen, die

– von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standard- bzw. Reiseschutzimpfung empfohlen oder

– von Ärzten als Reiseschutzimpfung verordnet werden,

werden mit 100 % bis zu insgesamt 150,– Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

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

3. Naturheilverfahren

a) Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben.

Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen.

Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

b) Erstattungsfähig sind alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen.

Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

Die Kosten für alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente werden bis zu 100,– Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische und psychiatrische Leistungen.

II. Kosten stationärer Heilbehandlungen in Deutschland infolge eines Unfalles

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführenden Kosten für stationäre Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland.

– Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe gelten als Unfall, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen bis zu mehreren Stunden lang ausgesetzt war.

– Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

  Die sportliche Betätigung in den vom Deutschen Olympischen Sportbund anerkannten Sportarten gilt auch als erhöhte Kraftanstrengung. Dies gilt jedoch nicht für Boxen und andere Kampfsportarten (vgl. Abschnitt B II 2 g)).

Besteht für die versicherte Person gegenüber dem Versicherer aus weiteren Krankheitskostenversicherungen ein Anspruch auf Leistungen entsprechend den Leistungen nach den Buchstaben a) und b) aus weiteren Krankheitskostenversicherungen gegenüber dem Versicherer, zahlt der Versicherer für den Versicherungsfall aus diesem Tarif ein Ersatz-Krankenhaustagegeld nach Buchstabe c) Satz 1 und erstattet die gesetzlichen Zuzahlungen nach Buchstabe e).

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

a) Gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer

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

b) Privatärztliche Behandlung

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 115 a SGB V (siehe Anhang). Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

c) Ersatz-Krankenhaustagegeld

Gezahlt wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von 50,– Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes.

Das Ersatz-Krankenhaustagegeld nach Satz 1 wird nur gezahlt, wenn für die versicherte Person Anspruch auf Versicherungsschutz für die gesondert berechnete Unterkunft (Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer) nach Buchstabe a) und privatärztliche Behandlung nach Buchstabe b) besteht und auf diese Ansprüche verzichtet wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

d) Ambulante Operationen im Krankenhaus

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

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

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115 b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

e) Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden

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

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

f) Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationären Aufenthalt

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

Für die Leistungspauschale entfällt die Einschränkung der Leistungspflicht nach Abschnitt B II 2.

2. Einschränkung der Leistungspflicht

In Erweiterung von Abschnitt A I 8 besteht kein Versicherungsschutz für folgende Unfälle:

a) Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Rauschmittelkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden. In den Versicherungsschutz sind Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen eingeschlossen, bei denen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt

   – beim Lenken von Kraftfahrzeugen unter 1,1 Promille (Grenze der absoluten Fahruntüchtigkeit) liegt. Der Versicherer hat das Recht, den Promillewert anzupassen, wenn durch ein höchstrichterliches Urteil eine Neufestlegung erfolgt,

   – bei allen sonstigen Fällen unter 1,5 Promille liegt.

b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht.

c) Unfälle der versicherten Person

   – als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;

   – bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;

   – bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

d) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

e) Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

f) Unfälle der versicherten Person in Ausübung von Sportarten, die

– als Berufs-, Vertrags-, Lizenz- oder sonstiger profiähnlicher Sportler oder

– im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit, mit der überwiegend (mindestens zu 50 %) das Einkommen erzielt wird,

betrieben werden.

g) Unfälle der versicherten Person in Ausübung von risikoreichen Sportarten (z. B. Bungee-Jumping, Skysurfing, Paragliding, Drachenfliegen, Canyoning, Freeclimbing, Boxen und andere Kampfsportarten).

h) Unfälle der versicherten Person in Ausübung von folgenden beruflichen Tätigkeiten: Artisten, Dompteure, Tierbändiger und -pfleger, Brückenbauer, Munitions- und Räumtrupps, Sprengmeister, Berufstaucher, Rennreiter, Untertage Tätige, Fallschirmsportlehrer sowie Stuntmen.

In Erweiterung von Abschnitt A I 8 sind folgende Beeinträchtigungen ausgeschlossen:

i) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Abschnitt B II 1 erster Spiegelstrich Satz 1 die überwiegende Ursache ist.

j) Bauch- und Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

k) Gesundheitsschäden durch Strahlen.

l) Gesundheitsschäden durch

– medizinische oder sonstige Eingriffe am Körper der versicherten Person;

– Heilmaßnahmen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die medizinischen Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden.

m) Infektionen, die während der unfallbedingten Krankenhausbehandlung entstehen und diesen Krankenhausaufenthalt verlängern, sind jedoch versichert. Ein erneuter Krankenhausaufenthalt zur Behandlung dieser Infektion ist nicht versichert.

III. Kosten für sonstige stationäre Leistungen in Deutschland

1. Mehrkosten für Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

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

2. Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in)

Erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung einer notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn diese neben der nach diesem Tarif versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, begleitend vollstationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird und hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Das Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen.

IV. Kosten zahnärztlicher Leistungen

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

Die Kosten für Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung und Fissurenversiegelung nach Nr. 1 sowie für Kieferorthopädie nach Nr. 2 werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

1. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR) und Fissurenversiegelung

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

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes, die Kontrolle des Übungserfolges, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne, die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur sowie die Behandlung, Fluoridierung und Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen. Die Fissurenversiegelung ist nur für die Zähne erstattungsfähig, für die dem Grunde nach kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

2. Kieferorthopädie

Die Kosten für Kieferorthopädie werden je versicherte Person und je Versicherungsfall wie folgt erstattet:

a) 100 %, wenn die GKV für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung nachweislich keine Leistungen erbringt oder

b) 100 % für zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen) für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht – vorausgesetzt, dass diese in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, für die die GKV nachweislich Leistungen erbringt.

Die Kosten für Kieferorthopädie werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person und je Versicherungsfall auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

– Bei Beginn des Versicherungsfalles in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 400,– Euro

– Bei Beginn des Versicherungsfalles im dritten oder vierten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 800,– Euro

– Bei Beginn des Versicherungsfalles im fünften oder sechsten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.200,– Euro

– Bei Beginn des Versicherungsfalles ab dem siebten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,– Euro

Das erste Kalenderjahr endet zum Ende des Jahres, in dem die Versicherung nach diesem Tarif für die versicherte Person beginnt.

Für einen Versicherungsfall infolge eines nach Versicherungsbeginn nach diesem Tarif eintretenden Unfalles werden die Kosten für Kieferorthopädie unabhängig von

der voranstehenden Leistungsstaffel bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,– Euro erstattet.

Die Kosten werden erst nach Vorlage des vom behandelnden Kieferorthopäden für den jeweiligen Versicherungsfall erstellten Heil- und Kostenplanes erstattet.

Schließt eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang ab, muss sie nach § 29 Abs. 2 und 3 SGB V (siehe Anhang) einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil wird nicht aus diesem Tarif erstattet.

V. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

– ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;

– Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen. Sondennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalles), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u.ä.;

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

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

  Anstelle des Kostenersatzes für eine vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 25,– Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

  Bei Kindern bis zu 14 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 14 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahe stehenden Person medizinisch notwendig ist;

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

b) Rücktransportkosten

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

c) Überführungs- oder Bestattungskosten

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

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

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

2. Dauer des Versicherungsschutzes

Abweichend von Abschnitt A I 1 f) besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von Abschnitt A I 1 f) – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus Abschnitt A II 4 b) ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) genannten Einschränkung ablehnen (vgl. Abschnitt A II 5 a)).

Für Auslandsaufenthalte, die in dem Kalenderjahr beginnen, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, besteht – abweichend zu Abschnitt A I 10 – über das Kalenderjahr hinaus Versicherungsschutz, längstens insgesamt für die ersten 42 Tage dieses Auslandsaufenthaltes.

3. Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für

a) Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners nach dem LPartG oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;

b) Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;

c) Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;

d) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch

sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;

e) Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;

f) Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;

g) Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

4. Geltungsbereich

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

C) Optionsrecht auf Wechsel in Ergänzungstarife für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Für die versicherte Person besteht das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in einen für das Neugeschäft geöffneten ambulanten Ergänzungstarif ohne Kostenerstattung für privatärztliche Behandlungen bzw. in einen Zahnergänzungstarif zu wechseln.

Für die versicherte Person kann dieses Recht nur mit Versicherungsbeginn zum 1.1. des Jahres ausgeübt werden, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet (vgl. auch Abschnitt A I 2 Satz 2). Der Wechsel ist vor diesem Zeitpunkt vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen des Tarifs, in den der Wechsel erfolgt.

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

Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat	Lungenfunktionstest
Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung ("Schiel-Vorsorge")	Schilddrüsen – Vorsorgeuntersuchung mittels Bestimmung des schilddrüsenstimulierenden Hormons (TSH) und Ultraschalluntersuchung des Organs
Früherkennungs-Untersuchung U9a im 8. Lebensjahr	Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschließlich Dermatoskopie
Früherkennungs-Untersuchung U9b im 10. Lebensjahr	
Früherkennungs-Untersuchung J2 im 14. bis 17. Lebensjahr	Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
Großer Gesundheits-Check: Untersuchungen mit 1. Anamnese Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils 2. Klinische Untersuchung Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus) ggf. einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte	Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht

Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren

Anlage zu den Tarifen mit ambulantem Versicherungsschutz

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

Untersuchungs- oder Behandlungsmethode	Erstattung analog Gebührenziffer
Akupressur	21.1
Akupunkturmassage	20.2
Augendiagnostik	14.1
Bach-Blüten-Therapie	19.5
Bioresonanztherapie	16.3
Blutsedimentationstest	12.14
Clusterdiagnostik	12.14
Colon-Hydro-Therapie	36.3
CO_2-Quellgastherapie	25.9
Dermapunkturmassage	20.4 bzw. 20.5
Eigenblutbehandlung nach Garthe/mit UVB	25.10
Elektrohauttest	16.4
Elektromagnetischer Bluttest	13.1
Elektroneuraldiagnostik und -therapie nach Croon (ENTH)	16.1
Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	2 (2x)
Farblichttherapie/Farbpunktur	39.2
Feldenkrais-Methode	19.1
Fußreflexzonentherapie	20.6
Gegensensibilisierung nach Theurer	25.1 + 26.1
Haarmineralanalyse	12.14
Harnschau, traditionell	12.2
HLB-Bradford-Bluttest	13.1
Kaelin-Test	12.15
Kinesiologie	21.1
Laser-Akupunktur	21.1
Laser-Therapie (Soft-Laser und Mid-Power-Laser)	39.9
Matrixregenerationstherapie	16.1
Mikromagnetfeldtherapie	16.3
Mikroökologische Therapie	2
Mora-Therapie	16.3
Neobioelektrische Therapie (NBT)	16.3
Ohrkerzenbehandlung	30.1
Regulationstherapie	16.3
Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie	25.11
Sauerstoffzelt	23.1
Signaltherapien	39.10
Spenglersan-Test	13.1
Stoffwechselregulation mit STT	16.1
Terminalpunktdiagnostik	15.1
Thermoregulationsdiagnostik	16.1
Vega-Test	16.1

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

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

Das Leistungsverzeichnis wird neuen Erkenntnissen angepasst.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SG für die Versicherung der Kosten von Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

c) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

d) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

e) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV nach dem SGB V haben.

3. Versicherungsjahr

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

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

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Die Wartezeiten entfallen bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.

6. Zurechnung der Kostenerstattung je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

7. Vertragsdauer

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

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfällt. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber der GKV oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.

I. Leistungsumfang

a) Erstattet werden nach Tarif **SG1** die Kosten für

1. die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer,
2. privatärztliche Behandlungen,
3. ambulante Operationen im Krankenhaus,
4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen,
5. die Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses,
6. Krankentransporte.

b) Erstattet werden nach Tarif **SG2** die Kosten für

1. die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer (bei Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer die Kosten der gesondert berechenbaren Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer),
2. privatärztliche Behandlungen,
3. ambulante Operationen im Krankenhaus,
4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen,
5. die Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses,
6. Krankentransporte.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

– es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
– die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
– während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

II. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Verzichtet der Versicherungsnehmer für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes auf Kostenerstattung für vereinbarte Wahlleistungen (Unterkunft/privatärztliche Behandlung), wird je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationäre Tage.

Versichert nach Tarif / Verzicht auf Kostenerstattung für	**SG1**	**SG2**
das Ein-Bett-Zimmer	20,– Euro	––
das Ein- und Zwei-Bett-Zimmer	40,– Euro	––
das Zwei-Bett-Zimmer	––	20,– Euro
die privatärztliche Behandlung	50,– Euro	50,– Euro

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen nach Abs. I gegenüber anderen Kostenträgern oder weiteren Krankheitskostenversicherungen bei dem Versicherer, handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Abs. III 4 oder werden für die tariflich vereinbarte Unterkunft vom Krankenhaus keine zusätzlichen Entgelte erhoben, entfällt insoweit eine Zahlung des Ersatz-Krankenhaustagegeldes.

III. Erläuterungen

1. Gesondert berechnete Unterkunft

Erstattet werden nach Tarif SG1 die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und nach Tarif SG2 die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer.

Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet und werden höhere als die versicherten Leistungen in Anspruch genommen, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

2. Privatärztliche Behandlung

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 115a SGB V (siehe Anhang). Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

3. Ambulante Operationen im Krankenhaus

Erstattet werden die Kosten ambulanter privatärztlicher Operationen, die von im Krankenhaus angestellten Ärzten und von Belegärzten im Krankenhaus durchgeführt werden.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen GOÄ und GOZ erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2, soweit

– für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
– die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
– die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
– zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

5. Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses

Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

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

6. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus. Hierzu gehören auch die mit diesen Krankentransporten im Zusammenhang stehenden Zuzahlungen nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang).

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Wenn die Höhe der Leistung der GKV oder anderer leistungspflichtiger Kostenträger durch diese bestätigt wird, können auch Duplikatrechnungen vorgelegt werden.

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

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen. Bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

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

E) Beitragsanpassung

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Option nach dem Tarif AV-P1

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

1. Versicherungsbedingungen

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

2. Personenkreis

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

3. Optionsrecht

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

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

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

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

Die Krankentagegeldversicherung kann für

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

vereinbart werden. Das Krankentagegeld ist – unter Anrechnung bestehender Krankentagegeldversicherungen sowie von Krankengeldansprüchen aus der gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) – auf das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen begrenzt, darf jedoch 130% des zum Zeitpunkt des Wechsels maßgebenden höchsten Krankengeldes in der GKV nicht übersteigen.

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

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

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

4. Optionszeitpunkte

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

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

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

5. Ende der Versicherung

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

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

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

6. Beitrag

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

7. Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung bzw. Leistungsfreiheitsrabatt

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs KHT für die Krankenhaustagegeldversicherung

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

c) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

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

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

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Höherstufungen und Vertragserweiterungen.

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Höherstufungen und Vertragserweiterungen

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

6. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

7. Vertragsdauer

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

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungshöhe

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

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

2. Leistungsumfang

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

Bei stationären Kuren wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld je Tag einer stationären Kur für höchstens 28 Tage innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren zu 25 % gezahlt. Die Notwendigkeit der stationären Kur muss vor Behandlungsbeginn durch ein ärztliches Attest nachgewiesen und die Behandlung in einer ärztlich geleiteten Krankenanstalt mit ausreichenden Einrichtungen zur Durchführung von Kuren vorgenommen werden.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

– es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
– die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
– während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Höherstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Höherstufung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

Zum Nachweis des notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen. Bei einer notwendigen stationären Kur ist eine entsprechende Bescheinigung des behandelnden Arztes der Krankenanstalt einzureichen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

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

E) Beitragsanpassung

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

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung KHT bedeuten die Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.
Beispiel: KHT/20 = Krankenhaustagegeld von täglich 20,– Euro.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Kurkosten nach dem Tarif KS-U

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

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

4. Wartezeit

Die Wartezeit beträgt 6 Monate.

5. Versicherungsumfang / Höherstufungen

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

B) Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind die
Behandlungskosten
– Kosten für ärztliche Behandlung, Heilmittel, Arznei- und Verbandmittel –
Aufenthaltskosten
– Unterkunfts-, Verpflegungskosten sowie Kurtaxe –
soweit die Erstattung vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird.

2. Besondere Leistungsvoraussetzungen

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

b) Die Kur muss innerhalb von zwei Monaten nach einer mindestens 8-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten werden.

3. Leistungsumfang

Die Versicherungsleistung beträgt bei Nachweis der erstattungsfähigen Kosten

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

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

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

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

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

4. Versicherungsfall

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

5. Leistungsperiode

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

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

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

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

D) Überschussverwendung

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

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und

Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe der vereinbarten Leistung wird im Versicherungsschein an zusätzlichen Ziffern zu der Tarifbezeichnung KS-U erkenntlich.

Beispiel:

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

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Räumlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

b) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsumfang

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

4. Versicherungsjahr

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

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

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

5. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

6. Vertragsänderungen

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

7. Wartezeit

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

8. Vertragsdauer

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

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsvoraussetzung

a) Das vereinbarte Kurtagegeld wird gezahlt, wenn
- eine medizinisch notwendige stationäre Kurbehandlung in einer Kurkrankenanstalt (Sanatorium, Kurklinik oder Heilstätte) stattfindet, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, und
- die Zahlung nach Möglichkeit vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird. Sofern ein Träger der Sozialversicherung oder die Festsetzungsstelle eines Beihilfegebers eine stationäre Kurbehandlung genehmigt hat und sich an den Kosten beteiligt, kann statt des ärztlichen Attestes der Nachweis über diese Bewilligung vorgelegt werden. Die Zusage wird auch für stationäre Kurbehandlungen in europäischen Ländern erteilt, wenn Kurkrankenanstalten aufgesucht werden, die mit inländischen Häusern vergleichbar sind.

b) Das vereinbarte Kurtagegeld wird in doppelter Höhe gezahlt, wenn die Kur unter den Voraussetzungen von Buchstabe a innerhalb von zwei Monaten nach einer mindestens 12-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten wird.

2. Leistungsdauer

Das vereinbarte Kurtagegeld wird je Leistungsperiode für höchstens 30 Tage gezahlt. Jede Leistungsperiode umfasst drei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

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

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Mahnkosten

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

3. Leistungsunterlagen

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

D) Überschussverwendung

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

E) Beitragsanpassung

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V-U

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung,

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Zu den in § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 genannten Krankheiten und Unfallfolgen zählen auch Berufskrankheiten und Berufsunfälle.

b) Versicherungsschutz im europäischen Ausland

In Erweiterung von § 1 Abs. 7 Satz 1 MB/KT 2009 erstreckt sich für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.

c) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von § 1 Abs. 7 MB/KT 2009 wird bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland 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.

d) Anpassung der Karenzzeit

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KT 2009 ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich auch eine Verlängerung der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber mitzuteilen.
Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Entgelt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, kann er in Anlehnung an § 4 Abs. 4 MB/KT 2009 ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, die Karenzzeit und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend der verlängerten Entgeltfortzahlung anpassen.
Bis zum Zeitpunkt der Anpassung besteht Leistungspflicht im bisherigen Umfang für bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit.

e) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 6 MB/KT 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind.

f) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KT 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land

vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KT 2009.

2. Versicherungsfähiger Personenkreis

Versicherungsfähig sind für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden selbstständig Erwerbstätigen und Arbeitnehmer im Alter von 16 bis 67 Jahren. Nicht versicherungsfähig ist, wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld bezieht.

3. Versicherungsumfang

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

b) Die Versicherung kann mit Leistungsbeginnen ab dem 4., 8., 15., 22., 29., 43., 64., 92., 183., 274., 365. und 547. Tag der Arbeitsunfähigkeit vereinbart werden.

4. Wartezeiten

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

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

Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Mehrleistungen

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

6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

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

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen

1. Leistungshöhe

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

2. Leistungsdauer

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

nach Tarifstufe

V4-U	ab dem	4.	Tag der Arbeitsunfähigkeit
V8-U		8.	
V15-U		15.	
V22-U		22.	
V29-U		29.	
V43-U		43.	
V64-U		64.	
V92-U		92.	
V183-U		183.	
V274-U		274.	
V365-U		365.	
V547-U		547.	

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

II. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1. Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.
2. Abweichend von § 5 Abs. 1 c MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
3. Abweichend von § 5 Abs. 1 d MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
4. Die befristete Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 1 e MB/KT 2009 entfällt bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim.
5. Abweichend von § 5 Abs. 1 g MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht, soweit
   – die Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. die Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträger stationär erfolgt und
   – unmittelbar vor Beginn der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträger eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mindestens vier Wochen nachgewiesen wird.

   Die Leistungseinschränkungen nach den §§ 5 Abs. 1 f und 5 Abs. 2 MB/KT 2009 entfallen insoweit.

III. Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

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

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

IV. Anrechnung anderweitiger Ansprüche

Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld, Verletztengeld und Übergangsgeld werden auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem vereinbarten Krankentagegeld das Nettoeinkommen übersteigen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

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

2. Mahnkosten

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

D) Überschussverwendung

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

E) Ende und Weiterführung der Versicherung

1. Besondere Kündigungsbestimmungen

a) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

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

b) Kündigung bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

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

2. Weiterführung der Versicherung

a) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen

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

b) Nichtausübung der Erwerbstätigkeit

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

c) Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

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

d) Vollendung des 67. Lebensjahres

Abweichend von § 15 Abs. 1 c MB/KT 2009 gilt das 67. Lebensjahr.

Mit Vollendung des 67. Lebensjahres hat der Versicherungsnehmer das Recht, im Sinne des § 15 Abs. 1 c MB/KT 2009 in Verbindung mit § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen, es sei denn, der Versicherte bezieht eine Altersrente. Hierzu zählen auch Altersruhegelder der berufsständischen Versorgungseinrichtungen.

Wird von dem Recht nach Satz 2 kein Gebrauch gemacht, endet das Versicherungsverhältnis spätestens nach Vollendung des 67. Lebensjahres zum Ende des laufenden Kalenderjahres.

Die Bestimmungen bezüglich des 70. und des 75. Lebensjahres nach § 196 Abs. 1 und 3 VVG (siehe Anhang) gelten weiterhin.

e) Ehescheidung

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

F) Anpassung des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

G) Beitragsanpassung

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

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes, der Leistungsbeginn und gegebenenfalls das Leistungsende sind aus der Tarifbezeichnung ersichtlich.
Zum Beispiel:

V8-U/50 = ab dem 8. Arbeitsunfähigkeitstag 50,– Euro Krankentagegeld täglich

V43-U/20 = ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag 20,– Euro Krankentagegeld täglich

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Ärztetarif VA-U

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung,

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Zu den in § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 genannten Krankheiten und Unfallfolgen zählen auch Berufskrankheiten und Berufsunfälle.

b) Versicherungsschutz im europäischen Ausland

In Erweiterung von § 1 Abs. 7 Satz 1 MB/KT 2009 erstreckt sich für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.

c) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von § 1 Abs. 7 MB/KT 2009 wird bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland 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.

d) Anpassung der Karenzzeit

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KT 2009 ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich auch eine Verlängerung der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber mitzuteilen. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Entgelt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, kann er in Anlehnung an § 4 Abs. 4 MB/KT 2009 ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, die Karenzzeit und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend der verlängerten Entgeltfortzahlung anpassen.
Bis zum Zeitpunkt der Anpassung besteht Leistungspflicht im bisherigen Umfang für bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit.

e) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 6 MB/KT 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind.

f) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KT 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungsstungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KT 2009.

2. Versicherungsfähiger Personenkreis

Versicherungsfähig sind für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit bis zum vollendeten 67. Lebensjahr alle Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, soweit sie eine selbstständige Praxis ausüben oder angestellt sind. Nicht versicherungsfähig ist, wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld bezieht.

3. Versicherungsumfang

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

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

4. Wartezeiten

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

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

Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Mehrleistungen

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

6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

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

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen

1. Leistungshöhe

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

2. Leistungsdauer

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

nach Tarifstufe			
VA1-U	ab dem	1.	Tag der Arbeitsunfähigkeit
VA4-U		4.	
VA8-U		8.	
VA15-U		15.	
VA22-U		22.	
VA29-U		29.	
VA43-U		43.	
VA64-U		64.	
VA92-U		92.	
VA183-U		183.	
VA274-U		274.	
VA365-U		365.	

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

II. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1. Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.
2. Abweichend von § 5 Abs. 1 c MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
3. Abweichend von § 5 Abs. 1 d MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
4. Die befristete Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 1 e MB/KT 2009 entfällt bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim.
5. Abweichend von § 5 Abs. 1 g MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht, soweit
   - die Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. die Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträger stationär erfolgt und
   - unmittelbar vor Beginn der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträger eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mindestens vier Wochen nachgewiesen wird.

   Die Leistungseinschränkungen nach den §§ 5 Abs. 1 f und 5 Abs. 2 MB/KT 2009 entfallen insoweit.

III. Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

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

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

IV. Anrechnung anderweitiger Ansprüche

Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld, Verletztengeld und Übergangsgeld werden auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem vereinbarten Krankentagegeld das Nettoeinkommen übersteigen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

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

2. Mahnkosten

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

D) Überschussverwendung

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

E) Ende und Weiterführung der Versicherung

1. Besondere Kündigungsbestimmungen

a) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

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

b) Kündigung bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

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

2. Weiterführung der Versicherung

a) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen

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

b) Nichtausübung der Erwerbstätigkeit

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

c) Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

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

d) Vollendung des 67. Lebensjahres

Abweichend von § 15 Abs. 1 c MB/KT 2009 gilt das 67. Lebensjahr.

Mit Vollendung des 67. Lebensjahres hat der Versicherungsnehmer das Recht, im Sinne des § 15 Abs. 1 c MB/KT 2009 in Verbindung mit § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen, es sei denn, der Versicherte bezieht eine Altersrente. Hierzu zählen auch Altersruhegelder der berufsständischen Versorgungseinrichtungen.

Wird von dem Recht nach Satz 2 kein Gebrauch gemacht, endet das Versicherungsverhältnis spätestens nach Vollendung des 67. Lebensjahres zum Ende des laufenden Kalenderjahres.

Die Bestimmungen bezüglich des 70. und des 75. Lebensjahres nach § 196 Abs. 1 und 3 VVG (siehe Anhang) gelten weiterhin.

e) Ehescheidung

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

F) Anpassung des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

G) Beitragsanpassung

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

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

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

Zum Beispiel:

VA8-U/50 = ab dem 8. Arbeitsunfähigkeitstag 50,– Euro Krankentagegeld täglich

VA43-U/20 = ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag 20,– Euro Krankentagegeld täglich

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (ANV, ANV-U, AWVA und AWVA-U)

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Abschlussfähigkeit

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

2. Versicherungsbedingungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs, für den die Anwartschaftsversicherung besteht, entsprechend, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

3. Versicherungsdauer

Die Anwartschaftsversicherung wird für einen begrenzten Zeitraum vereinbart. Eine vorzeitige Übernahme in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif ist nur mit Zustimmung des Versicherers möglich.

B) Leistungen des Versicherers

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

1. Beitragsberechnung

Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung ist der volle tarifliche Beitrag, der sich unter Berücksichtigung sowohl des Alters bei Beginn der Anwartschaftsversicherung nach diesen Besonderen Bedingungen als auch zwischenzeitlicher Leistungs- und Beitragsanpassungen ergibt, einschließlich etwaiger Beitragszuschläge zu entrichten.

2. Versicherung erschwerter Risiken

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

3. Wartezeiten

Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Beitrag

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

2. Vorzeitige Beendigung

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

D) Beitragsrückerstattung

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

Die Dauer der Anwartschaftsversicherung gilt nach Umwandlung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif nicht als leistungsfreier Zeitraum für die Berechnung der Höhe der Beitragsrückerstattung.

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

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

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind:

1. Versicherungsfähig sind – soweit sie das 21. Lebensjahr vollendet und solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht überschritten haben –
   a) Personen, die in der Ausbildung zu einem anerkannten Beruf stehen und keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen bzw. Anwärterbezügen – haben;
   b) Schüler im zweiten Bildungsweg, die keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit haben;
   c) Studenten – soweit sie das 17. Lebensjahr vollendet haben – die keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit haben;
   d) nicht berufstätige Ehegatten und nicht berufstätige eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz der unter a – c genannten Personen.
2. Für die Zeit der Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter und ergeben sich aus der geschäftsplanmäßigen Beitragsübersicht. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. und 30. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben davon unberührt.
3. Die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem eine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 1 wegfällt. Hinsichtlich der Studenten (Nr. 1 c) endet die Versicherung spätestens zum Ende des Monats, in dem das 12. Fachsemester abgeschlossen wird; in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Abschluss einer bereits begonnenen Prüfung, Prüfungswiederholung) kann eine einmalige Verlängerung um bis zu drei Semester vereinbart werden.
4. Bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach diesen Besonderen Bedingungen wird die Versicherung ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im bisherigen Umfang nach dem vereinbarten Tarif weitergeführt. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung innerhalb von zwei Monaten vom Zeitpunkt der Weiterführung an mit sofortiger Wirkung zu kündigen.
5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 1 innerhalb einer Frist von einem Monat in Textform mitzuteilen. Auf Verlangen hat der Versicherungsnehmer außerdem Auskunft über die Versicherungsfähigkeit zu erteilen und ggf. entsprechende Nachweise zu erbringen.
6. Besteht im Anschluss an die Ausbildung nach Nr. 1 Arbeitslosigkeit, ist für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für 18 Monate und längstens bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, die Fortführung des Versicherungsschutzes nach diesen Besonderen Bedingungen möglich. Insoweit kann der Versicherungsschutz ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen des bestehenden Tarifs in Höhe der bisher durch andere Kostenträger gedeckten Krankheitskosten erweitert werden, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Ausbildung beantragt wird. Bereits bestehende besondere Vereinbarungen gelten entsprechend auch für den erweiterten Versicherungsschutz. Die Umstellung des Versicherungsschutzes erfolgt zum 1. des Monats, der auf die Beendigung der Ausbildung folgt. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist unverzüglich anzuzeigen.
7. In Tarifen, die für Jugendliche eine niedrigere Selbstbeteiligung als für Erwachsene vorsehen, gilt für Studenten abweichend von den Tarifbedingungen die höhere Selbstbeteiligung für Erwachsene.
8. In Tarifen, die eine Pauschalleistung mit einem absoluten Pauschalleistungs-Grundbetrag vorsehen, gilt für die Zeit der Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen der halbierte Pauschalleistungs-Grundbetrag.
9. Nach Tarifen, die ausschließlich für Erwachsene eine Pauschalleistung mit absoluten Beträgen vorsehen, wird auch für Studenten eine Pauschalleistung erbracht. Nr. 8 gilt entsprechend.
10. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AZ ergänzt.

Erläuterung der Tarifbezeichnung:

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

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)

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

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

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

1. Für vereinbarte Tarife, deren technische Berechnungsgrundlagen die große Anwartschaftsversicherung (AG) vorsehen, kann diese bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienversicherung, längerem Auslandsaufenthalt oder vergleichbaren Gründen vereinbart werden, um für die versicherte Person erworbene Rechte zu erhalten oder neue Rechte zu begründen.
2. Die Anwartschaftsversicherung wird für einen begrenzten Zeitraum vereinbart. Sie endet mit Aufleben der Versicherung nach dem vereinbarten Tarif. Eine vorzeitige Übernahme in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif oder eine Verlängerung ist nur mit Zustimmung des Versicherers möglich.
3. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – leistungsfrei.
4. Hat vor Beginn der Anwartschaftsversicherung bereits eine Versicherung nach dem vereinbarten Tarif bestanden, so bleiben die während der vollen Beitragszahlung erworbenen Rechte erhalten.
5. Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind mit Ausnahme von anerkannten Dienstbeschädigungen ohne besonderen Zuschlag mitversichert.
6. Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.
7. Für vereinbarte Tarife, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden, beträgt der Anwartschaftsbeitrag
   - für Kinder und Jugendliche (0–20 Jahre) 5 %
   - für Männer (21–65 Jahre) 30 %
   - für Männer (ab 66 Jahre) 5 %
   - für Frauen (21–65 Jahre) 20 %
   - für Frauen (ab 66 Jahre) 5 %

   vom Beitrag des vereinbarten Tarifs.

   Für vereinbarte Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, beträgt der Anwartschaftsbeitrag
   - für Kinder und Jugendliche (0–20 Jahre) 5 %
   - für Erwachsene (21–65 Jahre) 30 %
   - für Erwachsene (ab 66 Jahre) 5 %

   vom Beitrag des vereinbarten Tarifs.

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

   Die genannten Prozentsätze können sich bei Beitragsveränderungen, insbesondere Beitragsanpassungen, mit Zustimmung des Treuhänders ändern.
8. Ein Übertragungswert nach § 13 Abs. 8 MB/KK 2009 wird bereits während der Laufzeit der Anwartschaftsversicherung aufgebaut, ein Anspruch auf Übertragung besteht aber erst nach Umwandlung der Anwartschaftsversicherung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif.
9. Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt oder nicht in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif umgewandelt, so erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.
10. Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung ist der volle tarifliche Beitrag, der sich unter Berücksichtigung sowohl des Alters bei Beginn der Anwartschaftsversicherung nach diesen Besonderen Bedingungen als auch zwischenzeitlicher Leistungs- und Beitragsanpassungen ergibt, einschließlich etwaiger Beitragszuschläge zu entrichten.
11. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung oder Leistungsfreiheitsrabatt besteht für die Dauer der Anwartschaftsversicherung nicht. Die Dauer der Anwartschaftsversicherung gilt nach Umwandlung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif nicht als leistungsfreier Zeitraum für die Berechnung der Höhe der Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung oder des Leistungsfreiheitsrabattes.
12. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AG ergänzt.

Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)

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

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

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

1. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter können zu allen für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Krankheitskostenversicherung vereinbart werden, für die eine Alterungsrückstellung gemäß § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009 zu bilden ist.
2. Versicherungsfähig sind alle Personen ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Die Besonderen Bedingungen können bis zum Alter von 64 Jahren vereinbart werden.
3. Als monatliche Beitragsermäßigung kann ein Betrag von mindestens 5,– Euro und höchstens 100% des jeweils zu zahlenden Beitrags für den Tarif, in dem diese Besonderen Bedingungen gelten, vereinbart werden.
4. Die monatlichen Beitragsraten für die Besonderen Bedingungen richten sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter und ergeben sich aus der Beitragsübersicht in der jeweils geltenden technischen Berechnungsgrundlage.
5. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, verringern sich die monatlichen Beitragsraten der Krankheitskostenversicherung um die vereinbarte Beitragsermäßigung, maximal um 100% des jeweils zu zahlenden Beitrags.
6. Bei erstmaligem Bezug von Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente bzw. Erhalt von Pensionsbezügen kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn dieses Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen wird die Höhe der monatlichen Beitragsermäßigung entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung der vorhandenen Alterungsrückstellung nach den anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.
7. Zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn eines in diesem Zeitraum liegenden Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen wird die Höhe der monatlichen Beitragsermäßigung

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

8. Das Wirksamwerden der Beitragsermäßigung vermindert nicht den eventuellen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder einen Leistungsfreiheitsrabatt; demzufolge wird für die Ermittlung der Höhe der Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder des Leistungsfreiheitsrabattes der Beitragsanteil der Besonderen Bedingungen nicht mitgerechnet.
9. Bei Änderungen der technischen Berechnungsgrundlagen kann sich die Höhe der vereinbarten Beitragsermäßigung mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ändern.
10. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter enden mit der Beendigung des Tarifs der Krankheitskostenversicherung, in dem sie vereinbart sind, falls kein anderer Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgeführt wird. Gegenseitige Rechte und Pflichten bestehen dann aus den Besonderen Bedingungen nicht mehr.
11. Sind die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter vereinbart, wird die Tarifbezeichnung der betroffenen Tarife durch BE ergänzt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PG-E

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im Ausland

In Erweiterung von den §§ 1 Abs. 12, 5 b sowie 15 Abs. 3 und 4 RB/PG 2017 gilt für den Versicherungsschutz im Ausland Folgendes:

– Vorübergehende Aufenthalte im Ausland

  Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

  Außerhalb der vorgenannten Staaten besteht für die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz nach diesem Tarif. Darüber hinaus besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird. Sofern keine individuelle Vereinbarung getroffen wird, ruht die Leistungspflicht des Versicherers für die versicherte Person nach Ablauf der sechs Wochen während der Dauer des vorübergehenden Aufenthaltes.

– Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

  Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht für die versicherte Person der Versicherungsvertrag sowie der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird.

b) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 a RB/PG 2017 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 a RB/PG 2017.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Endet die Versicherung in der PPV oder SPV, kann die Versicherung nach diesem Tarif unter Berücksichtigung der Regelungen in Nr. 1 a bestehen bleiben.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

– Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre
– Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
– Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Versicherungsumfang

Das Pflegetagegeld kann für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege mit jeweils einem Tagessatz vereinbart werden.

Der Tagessatz ist in vollen Eurobeträgen zu vereinbaren. Ein vereinbarter Tagessatz muss mindestens 10,– Euro

betragen. Der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege darf nicht höher sein als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Wird für die Leistungsart ambulante Pflege kein Pflegetagegeld vereinbart, ist für diese Leistungsart der Tagessatz mit 0,– Euro anzugeben.

Die Höhe der vereinbarten Tagessätze für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ergibt sich aus der Tarifbezeichnung. Die Zahl hinter dem ersten Schrägstrich bezeichnet den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in Euro; die Zahl hinter dem zweiten Schrägstrich den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege in Euro.

6. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 durch die PPV oder SPV festgestellt, ist dies für die tarifliche Leistung maßgebend. Stellt die PPV oder SPV den Wegfall der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 fest, ist dies für das Ende der Leistungspflicht nach diesem Tarif maßgebend.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 nicht durch die PPV oder SPV festgestellt, kann der Versicherungsnehmer die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter beantragen, wenn für die versicherte Person kein Leistungsanspruch aus der PPV oder SPV aufgrund

– eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland oder der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht (vgl. Nr. 1 a),
– von Wartezeiten besteht oder
– des Bezugs von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) ruht.

Die Begutachtung zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 wird nach den Maßstäben des SGB XI im Wohnbereich der versicherten Person vorgenommen. Sie kann auch außerhalb des Wohnbereiches der versicherten Person durchgeführt werden, wenn die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich nicht möglich ist.

Die Kosten der Begutachtung, die zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter entstehen, trägt der Versicherungsnehmer.

Folgebegutachtungen sind möglich, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen. Es gelten die Bestimmungen nach Abschnitt C 2 b.

B) Leistungen des Versicherers

I. Leistungen bei ambulanter und vollstationärer Pflege

Für die vereinbarten Leistungsarten ambulante oder vollstationäre Pflege wird ab Beginn der Leistungspflicht des Versicherers ein vereinbartes Pflegetagegeld gezahlt. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt wird.

1. Leistungen bei ambulanter Pflege

Bei ambulanter Pflege (häusliche Pflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege) wird je Tag der Pflegebedürftigkeit der für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Pflegegrad	Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
4	50
5	100

Wird die ambulante Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

2. Leistungen bei vollstationärer Pflege

Bei vollstationärer Pflege wird je Tag der Pflegebedürftigkeit der für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Pflegegrad	Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
4	50
5	100

Wird die vollstationäre Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Tag, an dem für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt erhaltene Leistungen sind vom Versicherungsnehmer zurückzuzahlen.

II. Beitragsbefreiung

Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt, besteht für sie als zusätzliche tarifliche Leistung eine Beitragsbefreiung für diesen Tarif.

Der Umfang der tariflichen Leistung ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Pflegegrad	Befreiung des Beitrages in %
4	50
5	100

Die Beitragsbefreiung beginnt ab dem 1. des Monats, der auf den Monat folgt, für den der Versicherer Versicherungsleistungen für Pflegegrad 4 oder 5 nach Abschnitt B I erbringt.

Sofern für die versicherte Person die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen, jedoch keine Versicherungsleistungen nach Abschnitt B I erbracht werden, weil kein Pflegetagegeld für die Leistungsart ambulante Pflege vereinbart wurde (Tagessatz von 0,– Euro), beginnt die Beitragsbefreiung frühestens ab dem 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Beitragsbefreiung beim Versicherer stellt.

Die Beitragsbefreiung endet zum 1. des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die nach Satz 1 erforderliche Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt. Wird dann das Versi-

cherungsverhältnis fortgesetzt, ist der Beitrag zu entrichten, der sich unter Berücksichtigung der Abschnitte D, E, F und G im Verlauf des Versicherungsverhältnisses ergibt.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarten Leistungen und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistungen nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 9 a RB/PG 2017). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nachweis- und Informationspflichten

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

In Ergänzung zu Abschnitt A 6 a sind die Feststellung und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 sowie jede Änderung des Pflegegrades der versicherten Person durch das Erstgutachten und die Folgegutachten der PPV oder SPV dem Versicherer vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen. Der Wechsel zwischen den Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist ebenfalls unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich darüber hinaus das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 vom Versicherungsnehmer zu verlangen.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird die Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter festgestellt, sind darüber hinaus keine Nachweise durch den Versicherungsnehmer zu erbringen. Ein späterer Wechsel zwischen den Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist dem Versicherer jedoch durch geeignete Nachweise vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 vom Versicherungsnehmer zu verlangen. Beurteilt der Versicherer die Nachweise als nicht ausreichend, kann er eine Folgebegutachtung durch einen von ihm beauftragten Gutachter zur Überprüfung des Fortbestands der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 verlangen. Reicht der Versicherungsnehmer die erforderlichen Nachweise nicht ein oder erteilt die versicherte Person nicht ihr Einverständnis zur Folgebegutachtung, kann der Versicherer die Leistungen verweigern. Die entstehenden Kosten einer vom Versicherer verlangten Folgebegutachtung trägt der Versicherer. Verlangt der Versicherungsnehmer eine Folgebegutachtung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5, trägt der Versicherungsnehmer die Kosten der Folgebegutachtung.

D) Dynamische Erhöhung

Die vereinbarten Tagessätze werden – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – ohne erneute Risikoprüfung alle zwei Jahre zum 1. Juli um jeweils 5 % erhöht, sofern die versicherte Person im Jahr der Erhöhung das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; frühestens jedoch nach Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre.

Die Tagessätze, die sich durch die dynamische Erhöhung ergeben, werden auf volle Eurobeträge aufgerundet.

Für die hinzukommenden Tagessätze wird ein Beitrag erhoben, der sich nach dem zum Erhöhungszeitpunkt erreichten Lebensalter richtet. Die Beitragsbefreiung nach Abschnitt B II erstreckt sich auch auf den durch die dynamische Erhöhung hinzukommenden Beitrag.

Der Versicherungsnehmer wird vor dem Erhöhungszeitpunkt schriftlich informiert. Der Versicherungsnehmer kann der Erhöhung der Tagessätze bis zum Ende des Monats in Textform widersprechen, zu dem die Erhöhung wirksam wird.

Wird mehr als zwei unmittelbar aufeinanderfolgenden dynamischen Erhöhungen widersprochen, erlischt das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen der Tagessätze. Das Recht auf dynamische Erhöhungen der Tagessätze kann nach erneuter Risikoprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

E) Optionsrechte

1. Optionsrecht auf Wechsel in den Tarif PG

Für die versicherte Person besteht – auch bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit – das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in den Tarif PG (Tarifstufe PG-K oder PG-K-plus) zu wechseln. Das Optionsrecht kann nur so wahrgenommen werden, dass nach dem Wechsel für die versicherte Person nur eine der beiden Tarifstufen besteht.

Für die versicherte Person kann dieses Recht mit Versicherungsbeginn zum 1.1. des Jahres ausgeübt werden, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 40, 50 oder 60 Jahre alt wird.

Der Wechsel ist vor dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Dieses Optionsrecht nach Absatz 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wird das Optionsrecht wahrgenommen, endet die Versicherung nach diesem Tarif zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird. Die Versicherung nach diesem Tarif kann fortgeführt werden, wenn die Tagessätze der Tarife PG-E und PG insgesamt für die jeweilige Leistungsart nicht höher sind als vor dem Wechsel. Zudem gilt, dass nach dem Wechsel der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege nicht höher sein darf als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz nach dem Tarif PG richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

2. Optionsrecht auf künftige Pflegetagegeldtarife

Bei Veränderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen in der PPV oder SPV besteht für die versicherte Person das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in einen Pflegetagegeldtarif zu wechseln, den der Versicherer aufgrund der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eingeführt hat. Das Recht erstreckt sich auf einen Pflegetagegeldtarif mit vergleichbarem Leistungsumfang.

Das Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden, wenn

– für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und
– die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wechsels das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der Wechsel ist innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des neuen Pflegetagegeldtarifs vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Der Wechsel wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Wechsel in den neuen Pflegetagegeldtarif beim Versicherer stellt, wirksam.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Der Beitrag für den neuen Pflegetagegeldtarif richtet sich unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte und Alterungsrückstellung nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

F) Überschussverwendung

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

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 9 b RB/PG 2017 angewendet.

Erläuterungen zur Tarifbezeichnung:

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung PG-E geben die Höhe des jeweils vereinbarten Pflegetagegeldes in der Reihenfolge der Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege in Euro an.

Beispiel: PG-E/30/50 = vereinbartes Pflegetagegeld bei ambulanter Pflege in Höhe von täglich 30,– Euro und bei vollstationärer Pflege in Höhe von täglich 50,– Euro

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PG

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im Ausland

In Erweiterung von den §§ 1 Abs. 12, 5 b sowie 15 Abs. 3 und 4 RB/PG 2017 gilt für den Versicherungsschutz im Ausland Folgendes:

– Vorübergehende Aufenthalte im Ausland

  Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

  Außerhalb der vorgenannten Staaten besteht für die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz nach diesem Tarif. Darüber hinaus besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird. Sofern keine individuelle Vereinbarung getroffen wird, ruht die Leistungspflicht des Versicherers für die versicherte Person nach Ablauf der sechs Wochen während der Dauer des vorübergehenden Aufenthaltes.

– Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

  Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht für die versicherte Person der Versicherungsvertrag sowie der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird.

b) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 a RB/PG 2017 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 a RB/PG 2017.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Endet die Versicherung in der PPV oder SPV, kann die Versicherung nach diesem Tarif unter Berücksichtigung der Regelungen in Nr. 1 a bestehen bleiben.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

– Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre
– Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
– Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Tarifstufen

Die Versicherung kann nach folgenden Tarifstufen vereinbart werden (vgl. Abschnitt B I):

– Tarifstufe PG-K oder
– Tarifstufe PG-K-plus

Je versicherte Person kann nur eine der beiden Tarifstufen vereinbart werden.

5. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

6. Versicherungsumfang

Das Pflegetagegeld kann für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege mit jeweils einem Tagessatz vereinbart werden.

Der Tagessatz ist in vollen Eurobeträgen zu vereinbaren. Ein vereinbarter Tagessatz muss mindestens 10,– Euro betragen. Der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege darf in der vereinbarten Tarifstufe nicht höher sein als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Wird für die Leistungsart ambulante Pflege kein Pflegetagegeld vereinbart, ist für diese Leistungsart der Tagessatz mit 0,– Euro anzugeben.

Die Höhe der vereinbarten Tagessätze für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ergibt sich aus der Tarifbezeichnung. Die Zahl hinter dem ersten Schrägstrich bezeichnet den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in Euro; die Zahl hinter dem zweiten Schrägstrich den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege in Euro.

7. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV festgestellt, ist dies für die tarifliche Leistung maßgebend. Stellt die PPV oder SPV Änderungen oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit fest, ist dies für die Leistungspflicht nach diesem Tarif maßgebend.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nicht durch die PPV oder SPV festgestellt, kann der Versicherungsnehmer die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter beantragen, wenn für die versicherte Person kein Leistungsanspruch aus der PPV oder SPV aufgrund

– eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland oder der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht (vgl. Nr. 1 a),
– von Wartezeiten besteht oder
– des Bezugs von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) ruht.

Die Begutachtung zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit wird nach den Maßstäben des SGB XI im Wohnbereich der versicherten Person vorgenommen. Sie kann auch außerhalb des Wohnbereiches der versicherten Person durchgeführt werden, wenn die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich nicht möglich ist.

Die Kosten der Begutachtung, die zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter entstehen, trägt der Versicherungsnehmer.

Folgebegutachtungen sind möglich, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen. Es gelten die Bestimmungen nach Abschnitt C 2 b.

8. Sofortleistung bei vorläufiger Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Arzt

In Ergänzung zu Nr. 7 a kann eine Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 3 bis 6 RB/PG 2017 vorläufig durch den behandelnden Arzt anhand eines vom Versicherer ausgehändigten Formulars festgestellt werden, wenn das Erstgutachten der PPV oder SPV über die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit noch nicht vorliegt. Voraussetzung ist, dass unverzüglich der Antrag auf Leistungen aus der PPV oder SPV gestellt wird.

Liegt dem Versicherer diese Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vor, wird ab Beginn des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Sofortleistung beim Versicherer stellt, eine Sofortleistung in Höhe der vereinbarten tariflichen Leistung für Pflegegrad 2 (vgl. Abschnitt B I) erbracht. Die übrigen tariflichen Anspruchsvoraussetzungen müssen erfüllt sein. Die Sofortleistung begründet keinen Anspruch auf eine Beitragsbefreiung nach Abschnitt B II.

Das Erstgutachten über das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person durch die PPV oder SPV ist dem Versicherer unverzüglich einzureichen. Bei Vorliegen des Erstgutachtens wird die Leistungspflicht des Versicherers überprüft und – falls erforderlich – entsprechend angepasst. Ergibt das Erstgutachten, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag, an dem das Erstgutachten ausgestellt wird.

Die Sofortleistung wird maximal für sechs Monate ab Leistungsbeginn gezahlt.

Während der Vertragslaufzeit wird die Sofortleistung für die versicherte Person nur einmal gezahlt.

B) Leistungen des Versicherers

I. Leistungen bei ambulanter und vollstationärer Pflege

Für die vereinbarten Leistungsarten ambulante oder vollstationäre Pflege wird ab Beginn der Leistungspflicht des Versicherers ein vereinbartes Pflegetagegeld gezahlt.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person nach Tarifstufe PG-K eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt wird.

Nach Tarifstufe PG-K-plus ist die Voraussetzung für die Leistungspflicht bereits ab einer Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) erfüllt.

1. Leistungen bei ambulanter Pflege

Bei ambulanter Pflege (häusliche Pflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege) wird je Tag der Pflegebedürftigkeit der für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend der vereinbarten Tarifstufe und des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Pflegegrad	Tarifstufe PG-K Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes	Tarifstufe PG-K-plus Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
1	0	50
2	30	100
3	70	100
4	100	100
5	100	100

Wird die ambulante Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

2. Leistungen bei vollstationärer Pflege

Bei vollstationärer Pflege wird je Tag der Pflegebedürftigkeit der für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend der vereinbarten Tarifstufe und des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Pflegegrad	Tarifstufe PG-K Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes	Tarifstufe PG-K-plus Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
1	0	50
2	100	100
3	100	100
4	100	100
5	100	100

Wird die vollstationäre Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Tag, an dem für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt erhaltene Leistungen sind vom Versicherungsnehmer zurückzuzahlen.

II. Beitragsbefreiung

Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt, besteht für sie als zusätzliche tarifliche Leistung eine Beitragsbefreiung für diesen Tarif.

Der Umfang der tariflichen Leistung ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Pflegegrad	Tarifstufe PG-K Befreiung des Beitrages in %	Tarifstufe PG-K-plus Befreiung des Beitrages in %
4	50	50
5	100	100

Die Beitragsbefreiung beginnt ab dem 1. des Monats, der auf den Monat folgt, für den der Versicherer Versicherungsleistungen für Pflegegrad 4 oder 5 nach Abschnitt B I erbringt.

Sofern für die versicherte Person die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen, jedoch keine Versicherungsleistungen nach Abschnitt B I erbracht werden, weil kein Pflegetagegeld für die Leistungsart ambulante Pflege vereinbart wurde (Tagessatz von 0,– Euro), beginnt die Beitragsbefreiung frühestens ab dem 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Beitragsbefreiung beim Versicherer stellt.

Die Beitragsbefreiung endet zum 1. des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die nach Satz 1 erforderliche Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt. Wird dann das Versicherungsverhältnis fortgesetzt wird, ist der Beitrag zu entrichten, der sich unter Berücksichtigung der Abschnitte D, F, G und H im Verlauf des Versicherungsverhältnisses ergibt.

Die Sofortleistung nach Abschnitt A 8 begründet keinen Anspruch auf eine Beitragsbefreiung.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarten Leistungen und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistungen nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 9 a RB/PG 2017). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nachweis- und Informationspflichten

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

In Ergänzung zu Abschnitt A 7 a sind die Feststellung und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit sowie jede Änderung des Pflegegrades der versicherten Person durch das Erstgutachten und die Folgegutachten der PPV oder SPV dem Versicherer vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen. Der Wechsel zwischen den Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist ebenfalls unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich darüber hinaus das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit vom Versicherungsnehmer zu verlangen.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird die Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter festgestellt, sind darüber hinaus keine Nachweise durch den Versicherungsnehmer zu erbringen. Ein späterer Wechsel zwischen den

Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist dem Versicherer jedoch durch geeignete Nachweise vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit vom Versicherungsnehmer zu verlangen. Beurteilt der Versicherer die Nachweise als nicht ausreichend, kann er eine Folgebegutachtung durch einen von ihm beauftragten Gutachter zur Überprüfung des Fortbestands der Pflegebedürftigkeit verlangen. Reicht der Versicherungsnehmer die erforderlichen Nachweise nicht ein oder erteilt die versicherte Person nicht ihr Einverständnis zur Folgebegutachtung, kann der Versicherer die Leistungen verweigern. Die entstehenden Kosten einer vom Versicherer verlangten Folgebegutachtung trägt der Versicherer. Verlangt der Versicherungsnehmer eine Folgebegutachtung der Pflegebedürftigkeit, trägt der Versicherungsnehmer die Kosten der Folgebegutachtung.

D) Dynamische Erhöhung

Die vereinbarten Tagessätze werden – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – ohne erneute Risikoprüfung alle zwei Jahre zum 1. Juli um jeweils 5 % erhöht, sofern die versicherte Person im Jahr der Erhöhung das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; frühestens jedoch nach Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre.

Die Tagessätze, die sich durch die dynamische Erhöhung ergeben, werden auf volle Eurobeträge aufgerundet.

Für die hinzukommenden Tagessätze wird ein Beitrag erhoben, der sich nach dem zum Erhöhungszeitpunkt erreichten Lebensalter richtet. Die Beitragsbefreiung nach Abschnitt B II erstreckt sich auch auf den durch die dynamische Erhöhung hinzukommenden Beitrag.

Der Versicherungsnehmer wird vor dem Erhöhungszeitpunkt schriftlich informiert. Der Versicherungsnehmer kann der Erhöhung der Tagessätze bis zum Ende des Monats in Textform widersprechen, zu dem die Erhöhung wirksam wird.

Wird mehr als zwei unmittelbar aufeinanderfolgenden dynamischen Erhöhungen widersprochen, erlischt das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen der Tagessätze. Das Recht auf dynamische Erhöhungen der Tagessätze kann nach erneuter Risikoprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

E) Nachversicherungsgarantien

1. Nachversicherungsgarantie bei Vollendung eines Lebensjahres

Für die versicherte Person besteht bei Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung eine Erhöhung der Tagessätze zu verlangen.

Die Nachversicherungsgarantie kann nur wahrgenommen werden, wenn

– für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt,
– bereits ein Tagessatz von mindestens 10,– Euro für die nachzuversichernde Leistungsart vereinbart ist und
– die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt mindestens 12 Monate nach diesem Tarif versichert ist.

Die bei Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie bestehenden Tagessätze der jeweiligen Leistungsart dürfen maximal verdoppelt werden. Zudem gilt, dass der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in der vereinbarten Tarifstufe nicht höher sein darf als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Durch Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie darf der maximal zu vereinbarende Tagessatz in Höhe von 150,– Euro nicht überschritten werden. Diese Höchstgrenze kann durch den Versicherer erhöht werden.

Diese Nachversicherungsgarantie nach Absatz 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Für die versicherte Person kann bei Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres entweder die Nachversicherungsgarantie oder das Optionsrecht nach Abschnitt F 1 wahrgenommen werden.

Die Erhöhung der Tagessätze ist nach Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres der versicherten Person innerhalb von sechs Monaten vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Die Erhöhung der Tagessätze wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Erhöhung der Tagessätze beim Versicherer stellt, wirksam.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

2. Nachversicherungsgarantie bei Eintritt eines Ereignisses

Für die versicherte Person besteht das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung eine Erhöhung der Tagessätze zu verlangen, wenn eines der nachfolgenden Ereignisse eingetreten ist:

– Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person,
– Geburt eines Kindes der versicherten Person,
– Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
– Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bei versicherten Schülern, Studenten und Auszubildenden,
– Erstmalige Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit der versicherten Person, sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächliches Einkommen bezieht,
– Aufnahme einer freiberuflichen oder selbstständigen Tätigkeit mit Kammerzugehörigkeit der versicherten Person oder
– Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie durch die versicherte Person.

Die Nachversicherungsgarantie kann nur wahrgenommen werden, wenn

– für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt,
– bereits ein Tagessatz von mindestens 10,– Euro für die nachzuversichernde Leistungsart vereinbart ist,
– die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt mindestens 12 Monate nach diesem Tarif versichert ist und
– die versicherte Person bei Eintritt des Ereignisses das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die bei Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie bestehenden Tagessätze der jeweiligen Leistungsart dürfen maximal verdoppelt werden. Zudem gilt, dass der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in der vereinbarten Tarifstufe nicht höher sein darf als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Durch Wahrneh-

mung der Nachversicherungsgarantie darf der maximal zu vereinbarende Tagessatz in Höhe von 150,– Euro nicht überschritten werden. Diese Höchstgrenze kann durch den Versicherer erhöht werden.

Diese Nachversicherungsgarantie nach Absatz 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Die Erhöhung der Tagessätze ist nach Eintritt des Ereignisses innerhalb von sechs Monaten vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Die Erhöhung der Tagessätze wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Erhöhung der Tagessätze beim Versicherer stellt, wirksam.

Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer durch geeignete Nachweise anzuzeigen.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

F) Optionsrechte

1. Optionsrecht auf Wechsel von der Tarifstufe PG-K in die Tarifstufe PG-K-plus

Für Personen, die nach der Tarifstufe PG-K versichert sind, besteht – auch bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit – das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in die Tarifstufe PG-K-plus zu wechseln.

Für die versicherte Person kann dieses Recht mit Versicherungsbeginn zum 1.1. des Jahres ausgeübt werden, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 40, 50 oder 60 Jahre alt wird.

Der Wechsel ist vor dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Dieses Optionsrecht nach Absatz 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Für die versicherte Person kann bei Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres entweder das Optionsrecht oder die Nachversicherungsgarantie nach Abschnitt E 1 wahrgenommen werden.

Wird das Optionsrecht wahrgenommen, endet die Versicherung nach der Tarifstufe PG-K zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz nach der Tarifstufe PG-K-plus richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

2. Optionsrecht auf künftige Pflegetagegeldtarife

Bei Veränderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen in der PPV oder SPV besteht für die versicherte Person das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in einen Pflegetagegeldtarif zu wechseln, den der Versicherer aufgrund der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eingeführt hat. Das Recht erstreckt sich auf einen Pflegetagegeldtarif mit vergleichbarem Leistungsumfang.

Das Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und
- die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wechsels das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der Wechsel ist innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des neuen Pflegetagegeldtarifs vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Der Wechsel wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Wechsel in den neuen Pflegetagegeldtarif beim Versicherer stellt, wirksam.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Der Beitrag für den neuen Pflegetagegeldtarif richtet sich unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte und Alterungsrückstellung nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

G) Überschussverwendung

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

H) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 9 b RB/PG 2017 angewendet.

Erläuterungen zur Tarifbezeichnung:

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung PG geben die vereinbarte Tarifstufe sowie die Höhe des jeweils vereinbarten Pflegetagegeldes in der Reihenfolge der Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege in Euro an.

Beispiel 1: PG-K/30/50 = Tarifstufe PG-K, vereinbartes Pflegetagegeld bei ambulanter Pflege in Höhe von täglich 30,– Euro und bei vollstationärer Pflege in Höhe von täglich 50,– Euro

Beispiel 2: PG-K-plus/40/50 = Tarifstufe PG-K-plus, vereinbartes Pflegetagegeld bei ambulanter Pflege in Höhe von täglich 40,– Euro und bei vollstationärer Pflege in Höhe von täglich 50,– Euro

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im Ausland

In Erweiterung von den §§ 1 Abs. 12, 5 b sowie 15 Abs. 3 und 4 RB/PG 2017 gilt für den Versicherungsschutz im Ausland Folgendes:

– Vorübergehende Aufenthalte im Ausland

  Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

  Außerhalb der vorgenannten Staaten besteht für die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz nach diesem Tarif. Darüber hinaus besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz, wenn eine individuelle Vereinbarung getroffen wird. Sofern keine individuelle Vereinbarung getroffen wird, ruht die Leistungspflicht des Versicherers für die versicherte Person nach Ablauf der sechs Wochen während der Dauer des vorübergehenden Aufenthaltes.

– Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

  Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht für die versicherte Person der Versicherungsvertrag sowie der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn eine individuelle Vereinbarung getroffen wird.

b) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 a RB/PG 2017 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 a RB/PG 2017.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die nach den Tarifen PG-E bzw. PG (Tarifstufen PG-K, PG-K-plus) der Continentale Krankenversicherung a.G. versichert sind.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

– Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre
– Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
– Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Versicherungsumfang

Die Pflegeeinmalleistung ist in vollen Tausendeurobeträgen zu vereinbaren.

Die Höhe der vereinbarten Pflegeeinmalleistung ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarte Höhe der Pflegeeinmalleistung in Euro).

6. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 durch die PPV oder SPV festgestellt, ist dies für die tarifliche Leistung maßgebend.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nicht durch die PPV oder SPV festgestellt, kann der Versicherungsnehmer die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter beantragen, wenn für die versicherte Person kein Leistungsanspruch aus der PPV oder SPV aufgrund

– eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland oder der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht (vgl. Nr. 1 a),
– von Wartezeiten besteht oder
– des Bezugs von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) ruht.

Die Begutachtung zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 wird nach den Maßstäben des

SGB XI im Wohnbereich der versicherten Person vorgenommen. Sie kann auch außerhalb des Wohnbereiches der versicherten Person durchgeführt werden, wenn die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich nicht möglich ist.

Die Kosten der Begutachtung, die zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter entstehen, trägt der Versicherungsnehmer.

7. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif

– an dem Tag, ab dem für die versicherte Person die Leistungspflicht des Versicherers nach § 6 RB/PG 2017 besteht oder
– an dem Tag, an dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfällt. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt, wird die vereinbarte Pflegeeinmalleistung erbracht. Der vereinbarte Betrag der Pflegeeinmalleistung wird nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit gezahlt.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarten Leistungen und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistungen nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 9 a RB/PG 2017). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nachweis- und Informationspflichten

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

In Ergänzung zu Abschnitt A 6 a ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 der versicherten Person durch das Erstgutachten der PPV oder SPV dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird die Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter festgestellt, sind darüber hinaus keine Nachweise durch den Versicherungsnehmer zu erbringen.

D) Optionsrecht auf künftige Pflegeeinmalleistungstarife

Bei Veränderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen in der PPV oder SPV besteht für die versicherte Person das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in einen Pflegeeinmalleistungstarif zu wechseln, den der Versicherer aufgrund der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eingeführt hat. Das Recht erstreckt sich auf einen Pflegeeinmalleistungstarif mit vergleichbarem Leistungsumfang.

Das Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden, wenn

– für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und
– die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wechsels das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der Wechsel ist innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des neuen Pflegeeinmalleistungstarifs vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Der Wechsel wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Wechsel in den neuen Pflegeeinmalleistungstarif beim Versicherer stellt, wirksam.

Die Höhe des künftig vereinbarten Betrages der Pflegeeinmalleistung darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Der Beitrag für den neuen Pflegeeinmalleistungstarif richtet sich unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte und Alterungsrückstellung nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

E) Überschussverwendung

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

F) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 9 b RB/PG 2017 angewendet.

Erläuterungen zur Tarifbezeichnung:

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung PG-C geben die Höhe der jeweils vereinbarten Pflegeeinmalleistung in Euro an.

Beispiel: PG-C/1000 = vereinbarte Pflegeeinmalleistung in Höhe von 1.000,– Euro

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung nach dem Tarif PZ-U

A) Allgemeine Bestimmungen

I. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand des Versicherungsschutzes

a) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegegeld oder Ersatz von Aufwendungen für Pflege sowie sonstige Leistungen, die von der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Sozialgesetzbuch XI erfasst werden, mit Ausnahme der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Zusätzlich sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen erstattungsfähig.

b) Versicherungsfall ist die im Rahmen der PPV oder SPV festgestellte Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.

c) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

d) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Rechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Zuschlag (A II 2 c und d) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist. 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.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

a) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

b) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne 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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Für Neugeborene, die nach Abs. 1 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

c) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Zuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

d) Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an.

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

3. Umfang des Versicherungsschutzes und der Leistungspflicht

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere denen der PPV oder SPV.

4. Einschränkung der Leistungspflicht

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

5. Auszahlung der Versicherungsleistungen

a) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

c) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

d) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

e) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Die Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6. Ende des Versicherungsschutzes

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

II. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Beitragszahlung

a) Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

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

c) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

d) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

e) Für Neugeborene, die nach Abschnitt I 2 b ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

f) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

g) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

h) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. 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.

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

j) Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

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

2. Beitragsberechnung

a) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

b) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung nach 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.

c) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Zuschläge entsprechend ändern.

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

3. Beitragsanpassung

a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die 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.

b) Eine Erhöhung der Beiträge nach Abs. a ist mit Zustimmung des Treuhänders auch dann zulässig, wenn aufgrund von Leistungserweiterungen der SPV eine nachhaltige Verschlechterung des geschäftsplanmäßig zu beobachtenden Schadenverlaufs im Vergleich zu den bei der Kalkulation eingerechneten Schäden bevorsteht.

c) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen (weniger als 10.000 nach diesem Tarif versicherte natürliche Personen), wird dem Vergleich nach Abs. a die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

d) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

e) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

4. Obliegenheiten

a) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. Abschnitt I 5 c) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu

erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

b) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

c) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

5. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

a) Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in den Abs. 4 a bis c genannten Obliegenheiten verletzt wird.

b) Wird die in Abs. 4 c genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

c) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

6. Ansprüche gegen Dritte

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

b) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

c) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen a und b genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

d) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze a bis c entsprechend anzuwenden.

7. Aufrechnung

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

III. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

a) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

b) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarifstufen beschränkt werden.

c) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Lebensaltersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

d) Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistungen nach Abschnitt IV 3, 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 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

e) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

f) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

2. Kündigung durch den Versicherer

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

3. Sonstige Beendigungsgründe

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

b) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

c) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat der nicht Mitgliedstaat der Europä-

ischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, verlegt; es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

IV. Sonstige Bestimmungen

1. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

2. Gerichtsstand

a) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

b) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

V. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die in der PPV oder SPV versichert sind.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe der Versicherungsleistungen

Die Höhe der Versicherungsleistung nach Abs. 1 und 2 ist abhängig von der Vorleistung der PPV oder SPV der versicherten Person und von der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine Tarifstufe beträgt 10 % der Vorleistung. Maximal können 20 Tarifstufen abgeschlossen werden. Die Zahl hinter dem Schrägstrich entspricht der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen (z.B.: PZ-U/10 = 10 Stufen = 100 %).
Erfolgt keine Vorleistung der PPV oder SPV, entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

1. Pflegegeld

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

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

2. Kostenerstattung

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

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

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

II. Nachweis der Vorleistung

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

Anhang zu den MB/KK 2009, MB/KT 2009, RB/PG 2017 und den Tarifen CE-U, CEB-PLUS-U, CEK-PLUS-U, CEZK-U, CEZP-U, CEJ, SG und PZ-U

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

§ 16 Ruhen des Anspruchs

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

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

§ 31 Arznei- und Verbandmittel

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. (...)

§ 32 Heilmittel

(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. (...)

§ 33 Hilfsmittel

(8) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

§ 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zuzahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 55 Leistungsanspruch

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

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

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

§ 60 Fahrkosten

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 1466 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(2) Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,
2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.

Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind. Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung

des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind; Absatz 9b gilt entsprechend. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

(2a) (weggefallen)

(3) Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen. Die Ergebnisse sind den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln.

(4) Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.

(5) Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das hälftige Ruhen der Zulassung beschlossen werden.

(6) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch eine hälftige Entziehung der Zulassung beschließen. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzung des Absatzes 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegt. Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind. Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 2 geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum 30. Juni 2012 nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.

(7) Die Zulassung endet mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung, dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes.

(8) (weggefallen)

(9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 5 gilt entsprechend.

(9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.

(9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder halben Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.

(10) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, wenn sie

1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzung der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes und des Fachkundenachweises nach § 95c Satz 2 Nr. 3 erfüllt und den Antrag auf Erteilung der Zulassung gestellt haben,
2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.

Der Zulassungsausschuss hat über die Zulassungsanträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden.

(11) Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, wenn sie

1. bis zum 31. Dezember 1998 die Voraussetzungen der Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes erfüllt und 500 dokumentierte Behandlungsstunden oder 250 dokumentierte Behandlungsstunden unter qualifizierter Supervision in Behandlungsverfahren erbracht haben, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannt hat (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987 - BAnz. Nr. 156 Beilage Nr. 156a -, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. März 1997 - BAnz. Nr. 49 S. 2946), und den Antrag auf Nachqualifikation gestellt haben,
2. bis zum 31. März 1999 die Approbationsurkunde vorlegen und
3. in der Zeit vom 25. Juni 1994 bis zum 24. Juni 1997 an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben.

Der Zulassungsausschuss hat über die Anträge bis zum 30. April 1999 zu entscheiden. Die erfolgreiche Nachqualifikation setzt voraus, dass die für die Approbation gemäß § 12 Abs. 1 und § 12 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes geforderte Qualifikation, die geforderten Behandlungsstunden, Behandlungsfälle und die theoretische Ausbildung in vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Behandlungsverfahren erbracht wurden. Bei Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der Nachqualifikation hat der Zulassungsausschuss auf Antrag die Ermächtigung in eine Zulassung umzuwandeln. Die Ermächtigung des Psychotherapeuten erlischt bei Beendigung der Nachqualifikation, spätestens fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung; sie bleibt jedoch bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses erhalten, wenn der Antrag auf Umwandlung bis fünf Jahre nach Erteilung der Ermächtigung gestellt wurde.

(11a) Für einen Psychotherapeuten, der bis zum 31. Dezember 1998 wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird die in Absatz 11 Satz 1 Nr. 1 genannte Frist zur Antragstellung für eine Ermächtigung und zur Erfüllung der Behandlungsstunden um den Zeitraum hinausgeschoben, der der Kindererziehungszeit entspricht, höchstens jedoch um drei Jahre. Die Ermächtigung eines Psychotherapeuten ruht in der Zeit, in der er wegen der Betreuung und der Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zusteht und das mit ihm in einem Haushalt lebt, keine Erwerbstätigkeit ausübt. Sie verlängert sich längstens um den Zeitraum der Kindererziehung.

(11b) Für einen Psychotherapeuten, der in dem in Absatz 10 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 genannten Zeitraum wegen der Betreuung und Erziehung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, für das ihm die Personensorge zustand und mit dem er in einem Haushalt gelebt hat, keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wird der Beginn der Frist um die Zeit vorverlegt, die der Zeit der Kindererziehung in dem Dreijahreszeitraum entspricht. Begann die Kindererziehungszeit vor dem 25. Juni 1994, berechnet sich die Frist vom Zeitpunkt des Beginns der Kindererziehungszeit an.

(12) Der Zulassungsausschuss kann über Zulassungsanträge von Psychotherapeuten und überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, die nach dem 31. Dezember 1998 gestellt werden, erst dann entscheiden, wenn der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 getroffen hat. Anträge nach Satz 1 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese bei Antragstellung noch nicht angeordnet waren.

(13) In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 3 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muss mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein. Für die erstmalige Besetzung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse nach Satz 1 werden die Vertreter der Psychotherapeuten von der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landesebene berufen.

§ 115 a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes 3 Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115 b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

In der Vereinbarung nach Satz 1 Nr. 1 sind bis zum

31.12.2000 die ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und § 137 zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 festgesetzt. Dieses wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von 2/3 der Stimmen der Mitglieder. § 112 Abs. 4 gilt entsprechend.

(4) Bis zum Inkrafttreten einer Regelung nach Absatz 1 oder 3, jedoch längstens bis zum 31.12.1994, sind die Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (§ 87) berechtigt. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96), in der die im Krankenhaus ambulant durchführbaren Operationen bezeichnet werden; Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Die Vergütung richtet sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab mit den für die Versicherten geltenden Vergütungssätzen. Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(5) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte
[in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung]

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
   a) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
   b) sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
   c) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. 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.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

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

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

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

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

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die 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.

§ 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 Versicherungsneh-

mer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 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 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000,– Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach 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 Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 206 Kündigung des Versicherers

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 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 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

…

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

…

…

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 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 § 146 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. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. 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.

Satzung

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

§ 1 Name, Sitz, Geschäftsgebiet

1. Das Unternehmen führt den Namen Continentale Krankenversicherung a.G.
2. Das Unternehmen hat seinen Sitz in Dortmund.
3. Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 2 Gegenstand des Unternehmens

1. Das Unternehmen ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der mittelbar und unmittelbar die Krankenversicherung in allen ihren Arten betreibt. Das Unternehmen übernimmt auch die Versicherung für Nichtmitglieder gegen feste Entgelte bis zu einem Zehntel seiner Beitragseinnahmen.
2. Das Unternehmen ist berechtigt, alle Geschäfte durchzuführen, die nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zulässig sind. Es ist insoweit berechtigt, sich an anderen Unternehmen im In- und Ausland zu beteiligen.

§ 3 Mitgliedschaft

1. Mitglieder des Vereins werden
   a) alle Personen, die einen Versicherungsvertrag mit dem Verein abschließen, sofern sie nicht schon Mitglied sind; die Mitgliedschaft beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrages;

   und

   b) alle Personen, sofern sie nicht schon aufgrund lit. a) Mitglied sind, die im Falle der Verschmelzung eines anderen Versicherungsvereins auf den Verein im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins sind.
2. Die Mitgliedschaft erlischt – je nachdem, was als Letztes eintritt –,

   entweder

   a) mit der Beendigung des letzten Versicherungsvertrages des Mitglieds mit dem Verein

   oder

   b) mit der Beendigung des letzten Versicherungsvertrages des Mitglieds, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins beim übertragenden Versicherungsverein bereits bestanden hat,

   oder

   c) wenn für das Mitglied bei keinem Versicherungsunternehmen, das mit dem Verein gem. §§ 15 ff. AktG verbunden ist, ein Versicherungsvertrag mehr besteht, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins beim übertragenden Versicherungsverein bereits bestanden hat.
3. Die Mitglieder haben wiederkehrende Beiträge nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entrichten. Zu Nachschüssen sind sie nicht verpflichtet. Die Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden. Die Mitglieder, deren Mitgliedschaft ausschließlich nach Nr. 1 lit. b) besteht, sind von der vorgenannten Beitragspflicht befreit.
4. Die Rechte der Mitglieder werden durch Mitgliedervertreter in der Mitgliedervertreterversammlung ausgeübt.

§ 4 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Unternehmens erfolgen im elektronischen Bundesanzeiger.

§ 5 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 6 Vorstand

1. Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Personen. Im Übrigen bestimmt der Aufsichtsrat die Zahl der Mitglieder des Vorstandes.
2. Der Aufsichtsrat kann ein Mitglied des Vorstandes zum Vorstandsvorsitzenden ernennen.

§ 7 Vertretung des Unternehmens

Das Unternehmen wird durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten.

§ 8 Geschäftsführung

Der Vorstand führt in eigener Verantwortung die Geschäfte des Unternehmens nach Maßgabe der Gesetze, der Satzung und der Geschäftsordnung, die der Aufsichtsrat erlässt.

§ 9 Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat besteht aus neun Mitgliedern.
2. Die Wahl der Aufsichtsratsmitglieder erfolgt für die Zeit bis zur Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet.
3. Die Wiederwahl ausscheidender Aufsichtsratsmitglieder ist zulässig.
4. Scheidet ein Aufsichtsratsmitglied vor Ablauf seiner Amtszeit aus, so ist ein Nachfolger nur für die restliche Amtszeit des ausgeschiedenen Mitgliedes zu wählen.

§ 10 Aufgaben des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat bestellt die Mitglieder des Vorstandes.
2. Der Aufsichtsrat stellt den Jahresabschluss fest und bestellt den Abschlussprüfer.
3. Der Aufsichtsrat bestellt und entlässt den Verantwortlichen Aktuar.
4. Der Aufsichtsrat überwacht die Geschäftsführung nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Seiner vorherigen Zustimmung bedürfen:
   a) Kapitalanlagen, die durch ihren Gegenstand, ihren Umfang oder das mit ihnen verbundene Risiko von besonderer Bedeutung sind,
   b) die Bestellung von Prokuristen und
   c) die Einführung und Änderung Allgemeiner Versicherungsbedingungen.
5. Der Aufsichtsrat kann bestimmte Aufgaben Ausschüssen übertragen.
6. Der Aufsichtsrat ist berechtigt, Änderungen der Satzung zu beschließen, welche nur deren Fassung betreffen oder welche die Aufsichtsbehörde verlangt, bevor sie den Änderungsbeschluss der Mitgliedervertreterversammlung genehmigt.

§ 11 Vorsitz im Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat wählt für die Dauer der Amtszeit aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
2. Scheidet der Vorsitzende oder sein Stellvertreter aus, so hat der Aufsichtsrat unverzüglich eine Neuwahl vorzunehmen.
3. Der Vorsitzende des Aufsichtsrates leitet die Aufsichtsratssitzungen, bei Verhinderung sein Stellvertreter.

§ 146 Einberufung des Aufsichtsrates

1. Der Vorsitzende oder im Verhinderungsfall sein Stellvertreter beruft den Aufsichtsrat schriftlich, telegrafisch, mündlich, fernmündlich oder per E-Mail ein, so oft die Geschäfte es erfordern oder wenn es unter Angabe des Zwecks und der Gründe von einem Mitglied oder vom Vorstand verlangt wird, mindestens jedoch einmal pro Kalenderhalbjahr.
2. Wird dem Verlangen nicht entsprochen, so kann das Mitglied oder der Vorstand unter Mitteilung des Sachverhalts und der Angabe einer Tagesordnung selbst den Aufsichtsrat einberufen.
3. Sind Vorsitzender und Stellvertreter verhindert, so wird der Aufsichtsrat von dem nach Lebensjahren ältesten Aufsichtsratsmitglied einberufen.

§ 13 Beschlüsse des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen sind und mindestens zwei Drittel der Mitglieder, darunter der Vorsitzende oder sein Stellvertreter, an der Beschlussfassung teilnehmen.
2. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden bzw. bei dessen Abwesenheit die seines Stellvertreters.
3. Schriftlich, telegrafisch, fernmündlich oder per E-Mail gefasste Beschlüsse des Aufsichtsrates oder eines Ausschusses sind nur zulässig, wenn kein Mitglied diesem Verfahren widerspricht.

§ 14 Niederschrift über die Aufsichtsratssitzung

Über die Aufsichtsratssitzungen sind Niederschriften anzufertigen, die der Vorsitzende zu unterschreiben hat.

§ 15 Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung ist das oberste Organ des Unternehmens. Sie besteht aus fünfzehn bis fünfundzwanzig volljährigen Vereinsmitgliedern, die in keinem Dienstverhältnis zum Unternehmen stehen.

   In Fällen des § 15a Nr. 1 der Satzung kann auch eine größere Anzahl Mitgliedervertreter der Mitgliedervertreterversammlung angehören. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre, Wiederwahl ist zulässig.
2. Das Amt als Mitgliedervertreter erlischt durch freiwilligen Rücktritt. Es erlischt ferner, wenn die persönlichen Voraussetzungen der Wählbarkeit gemäß § 15 Nr. 1 der Satzung wegfallen oder durch einen mit einfacher Mehrheit gefassten Beschluss der Mitgliedervertreterversammlung.
3. Scheidet ein Mitgliedervertreter aus und wird dadurch die Mindestzahl von fünfzehn Mitgliedervertretern unterschritten, so ist von der nächsten ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung eine neue Ergänzungswahl vorzunehmen.
4. Die ordentliche Mitgliedervertreterversammlung findet in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres am Sitz der Gesellschaft oder in München statt.

§ 15a Weitere Mitgliedervertreter und Doppelrepräsentanten

1. Im Fall der Verschmelzung durch Aufnahme eines anderen Versicherungsvereins, in dem zum Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins keine Versicherungsverhältnisse, sondern nur noch die daraus resultierenden Mitgliedschaften vorhanden sind, werden zusätzliche Mitgliedervertreter hinzugewählt („weitere Mitgliedervertreter“). Die weiteren Mitgliedervertreter sollen auch die Interessen der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins repräsentieren. Für die weiteren Mitgliedervertreter gelten die übrigen Regelungen der Satzung entsprechend, sofern in diesem § 15a der Satzung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Anwendbarkeit von § 15 Nr. 2 Satz 2, 2. Alt. der Satzung setzt das Vorliegen eines wichtigen Grundes zur Abwahl voraus.

   a) Es sind so viele weitere Mitgliedervertreter hinzuzuwählen, dass das Verhältnis der weiteren Mitgliedervertreter zu den im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits vorhandenen Mitgliedervertretern des Vereins dem Verhältnis der verdienten Beiträge für eigene Rechnung des übertragenden Versicherungsvereins zu den verdienten Beiträgen für eigene Rechnung des Vereins entspricht („Mindestzahl“). Zur Bestimmung der verdienten Beiträge für eigene Rechnung ist der jeweils letzte geprüfte Jahresabschluss des übertragenden Versicherungsvereins und des Vereins maßgeblich. Dabei ist die Anzahl der weiteren Mitgliedervertreter unter Berücksichtigung der Grundsätze der kaufmännischen Rundung zu bestimmen. Dezimalstellen werden in gleicher Weise gerundet.

   b) Zum weiteren Mitgliedervertreter kann nur gewählt werden, wer im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins war. Bei der Wahl der weiteren Mitgliedervertreter darf die in § 15 Nr. 1 der Satzung enthaltene Höchstzahl an Mitgliedervertretern zur Erreichung der Mindestzahl gemäß lit. a) überschritten werden. Die weiteren Mitgliedervertreter werden für eine Amtszeit von längstens 12 Jahren, gerechnet ab Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins, gewählt. Die Amtszeit der weiteren Mitgliedervertreter endet bereits früher, wenn ihre Mitgliedschaft gemäß § 3 Nr. 2 der Satzung endet.

   c) Scheidet ein weiterer Mitgliedervertreter vor Ablauf der Amtszeit gemäß lit. b) aus, so ist nur dann ein neuer weiterer Mitgliedervertreter nachzuwählen, wenn die gemäß lit. a) ermittelte Mindestzahl durch das Ausscheiden unterschritten wird. Wählbar sind nur Personen, die im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins waren. Die Amtszeit eines nachgewählten weiteren Mitgliedervertreters endet mit dem Ablauf der Amtszeit der übrigen weiteren Mitgliedervertreter, spätestens aber nach Ablauf von 12 Jahren nach Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins.

2. Jeder Mitgliedervertreter des Vereins, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins auch Mitgliedervertreter des übertragenden Versicherungsvereins war, wird zum „Doppelrepräsentanten“. Abweichend von Nr. 1 wird für jeden Doppelrepräsentanten kein weiterer Mitgliedervertreter hinzugewählt. Sämtliche Doppelrepräsentanten repräsentieren für die Dauer von 12 Jahren ab Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins auch die Interessen der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins in der Mitgliedervertreterversammlung. Dieses Recht endet bereits vor Ablauf von 12 Jahren, wenn die Mitgliedschaft eines Doppelrepräsentanten gemäß § 3 Nr. 2 der Satzung endet. Für die Doppelrepräsentanten gelten die übrigen Regelungen der Satzung entsprechend, sofern in diesem § 15a der Satzung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Anwendbarkeit von § 15 Nr. 2 Satz 2, 2. Alt. der Satzung setzt das Vorliegen eines wichtigen Grundes zur Abwahl voraus. Scheidet vor Ablauf von 12 Jahren nach Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins ein Doppelrepräsentant aus, so ist ein weiterer Mitgliedervertreter nachzuwählen, wenn die gemäß Nr. 1 lit. a) ermittelte Mindestzahl durch das Ausscheiden unterschritten wird. Im Übrigen gilt Nr. 1 lit. c) Satz 2 und 3 entsprechend.
3. Zur Wahrung der Rechte der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins sind bis zum Ablauf der Amtszeit der

weiteren Mitgliedervertreter bzw. solange den Doppelrepräsentanten das Recht gemäß Nr. 2 Satz 3 zusteht, sämtliche Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung, die mindestens einer Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen bedürfen, nur dann wirksam, wenn mehr als ein Viertel der bei der Beschlussfassung anwesenden weiteren Mitgliedervertreter und/oder Doppelrepräsentanten dem jeweiligen Beschluss zugestimmt hat.

§ 16 Aufgaben der Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung nimmt den Jahresabschluss, den Lagebericht des Vorstandes und den Bericht des Aufsichtsrates sowie den Konzernabschluss und den Konzernlagebericht entgegen.
2. Die Mitgliedervertreterversammlung beschließt insbesondere über:
   a) Entlastung der Mitglieder des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
   b) Wahl derjenigen Aufsichtsratsmitglieder, die nach den gesetzlichen Bestimmungen von der Mitgliedervertreterversammlung und nicht von den Arbeitnehmern zu wählen sind, sowie deren Abberufung,
   c) Wahl und Abberufung der Mitglieder der Mitgliedervertreterversammlung,
   d) Änderungen der Satzung,
   e) Verwendung der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß § 24 Nr. 4 der Satzung,
   f) Vergütungen für die Mitglieder des Aufsichtsrates und
   g) Auflösung oder Verschmelzung des Unternehmens.

§ 17 Einberufung der Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Einberufung der Mitgliedervertreterversammlung erfolgt durch den Vorstand im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates. Sie erfolgt spätestens einen Monat vor dem Tage der Versammlung schriftlich und durch Bekanntmachung gemäß § 4 der Satzung unter Angabe der Firma, des Sitzes des Unternehmens, der Zeit, des Ortes und der Tagesordnung nach den gesetzlichen Vorschriften.
2. Weitere Mitgliedervertreterversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder des Vorstandes oder auf begründeten, an den Vorsitzenden des Aufsichtsrates zu richtenden schriftlichen Antrag von mindestens vier Mitgliedervertretern einberufen werden. § 15 Nr. 4 und § 17 Nr. 1 der Satzung finden entsprechende Anwendung.

§ 18 Teilnahme an der Mitgliedervertreterversammlung

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

§ 19 Vorsitz in der Mitgliedervertreterversammlung

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

§ 20 Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitgliedervertreter anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit wird innerhalb von sechs Wochen eine weitere Mitgliedervertreterversammlung einberufen, die ohne Rücksicht auf die Zahl der Anwesenden beschließt.
2. Die Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Wahlen entscheidet im Falle der Stimmengleichheit das vom Vorsitzenden der Mitgliedervertreterversammlung zu ziehende Los.

   Änderungen der Satzung können nur mit Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen beschlossen werden.
3. Über die Form der Abstimmung entscheidet die Mitgliedervertreterversammlung.

§ 21 Niederschrift über die Mitgliedervertreterversammlung

Über die Mitgliedervertreterversammlung ist eine Niederschrift zu fertigen.

§ 22 Minderheitsrechte

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

§ 23 Anträge zur Beschlussfassung

Anträge zur Beschlussfassung (u. a. Vorschläge zur Ergänzungswahl von Mitgliedervertretern), die von mindestens einhundert Mitgliedern unterzeichnet sind und spätestens zwei Monate vor der Mitgliedervertreterversammlung dem Vorstand zugehen, müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Die Antragsteller sind berechtigt, aus ihrer Mitte einen Sprecher zu benennen, der den Antrag in der Mitgliedervertreterversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher nicht teil.

§ 24 Rechnungswesen, Jahresabschluss

1. Für die Buchführung, den Jahresabschluss und den Lagebericht sowie die Prüfung und Bekanntmachung des Jahresabschlusses gelten die gesetzlichen Vorschriften und die von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätze.
2. Das Unternehmen bildet eine Verlustrücklage in Höhe von mindestens einem Zwanzigstel der tariflichen Leistungen der beiden letzten Geschäftsjahre. Der Verlustrücklage sind bis zur Erreichung dieser Höhe jährlich wenigstens fünf vom Hundert der Summe aus Jahresüberschuss und Zuführung zur Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen. Außerdem können als Eigenkapital auch andere Gewinnrücklagen gebildet werden. Dem Eigenkapital soll mindestens der Betrag zugeführt werden, der nach den Vorschriften des Körperschaftsteuergesetzes nicht steuerfrei in die Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt werden kann.
3. Der Jahresabschluss ist in der Weise aufzustellen, dass der von dem Geschäftsergebnis nach Einstellung in das Eigenkapital verbleibende Überschuss in voller Höhe der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zugewiesen wird. Die dieser Rückstellung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Versicherten verwendet werden.
4. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, die nach Nr. 3 gebildet worden ist, erfolgt u. a. in Form von Auszahlungen, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen.
5. Das Unternehmen ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit über sie nicht zugunsten der Versicherten bereits beschlossen worden ist, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

§ 25 Vermögensanlage

Die Anlage des Vermögens des Unternehmens erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen.

§ 26 Satzungsänderungen und Einführung oder Änderungen von Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Satzungsänderungen, die Bestimmungen über Namen, Sitz, Geschäftsgebiet, Gegenstand des Unternehmens, Mitgliedschaft, Bekanntmachungen, Geschäftsjahr, Organe, Rechnungswesen, Jahresabschluss, Vermögensanlagen und Auflösung betreffen, haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse.
2. Der Vorstand ist ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates Allgemeine Versicherungsbedingungen einzuführen oder zu ändern. Über ein solches Vorhaben informiert der Vorstand die Mitgliedervertreter, bevor er den Aufsichtsrat um Zustimmung bittet.

§ 27 Auflösung

1. Über die Auflösung des Unternehmens kann nur beschlossen werden, wenn in einer zu diesem Zweck einberufenen Mitgliedervertreterversammlung mindestens zwei Drittel der Mitgliedervertreter anwesend sind und mindestens drei Viertel der stimmberechtigten Mitgliedervertreter für die Auflösung stimmen.
2. Ist die Versammlung nicht beschlussfähig, so ist eine weitere Versammlung einzuberufen, die dann ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Stimmberechtigten mit einer Mehrheit von drei Vierteln der Erschienenen beschließen kann.
3. Im Falle der Auflösung bestellt die Mitgliedervertreterversammlung die Abwickler und regelt deren Vergütung. Sie bestimmt auch über die Verteilung des restlichen Vermögens. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
vom 27. August 2010,
Gesch.Z.: VA 16 – I 5002 – 4001 – 2010/0001

Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a. G.

Liste der Dienstleister der Continentale Krankenversicherung a.G., die im Sinne der Artikel 21 und 22 der „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct), personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten im Auftrag erheben und verarbeiten und/oder im Wege der Funktionsübertragung übermittelt bekommen können. Die Liste beinhaltet auch die Dienstleister zur „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“.

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

Die Liste wird laufend aktualisiert und ist im Internet unter www.continentale.de/dienstleisterliste einsehbar.

Auftragnehmer, Kooperationspartner Einzelne Stellen	**Übertragene Aufgaben, Funktionen**	**Gesundheitsdaten**
Continentale Business Services GmbH; Österreich, 1010 Wien	Rechnungswesen in Österreich (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz/ Geschäftssitz in Österreich)	Ja, teilweise
Continentale Lebensversicherung AG	Interner Service (Empfang/Telefonservice; Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost), Darlehensverwaltung	Ja, teilweise
Europa Versicherung AG	Interner Service (Empfang/Telefonservice; Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost	Ja, teilweise
Mannheimer Versicherung AG	Interner Service (Empfang/Telefonservice; Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost	Ja

AmTrust International	Ausfallversicherung für Immobiliendarlehen	Nein
Beratungsdienst Hesse	Fachberatung für medizinische Produkte	Ja
Creditreform Dortmund/Witten Scharf KG	Wirtschaftsauskünfte	Nein
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	Ja
Impuls Vertriebsservice GmbH	Angebotserstellung, Antrags- und Risikovorprüfung (Makler)	Ja, teilweise
infoscore Consumer Data GmbH; Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden	Bonitätsprüfung	Nein
insolution GmbH	Angebotserstellung, Antrags- und Risikovorprüfung (Makler)	Ja, teilweise
Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH	Assistance-Leistungen nur zu den Pflegezusatztarifen (PG-K-plus, PG-K, PG-E, PZ-U)	Ja, teilweise
MD Medicus AssistanceService GmbH	Ärztliche Gutachten und Assistance-Leistungen für Versicherte im Ausland	Ja
MD Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH	Telefonservice im Gesundheitsservice und Demand-Management	Ja
MEDICPROOF GmbH	Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen	Ja
PAV Card GmbH	Erstellung von Versicherten-Karten	Nein
Poolrevision des PKV-Verbandes	Vertrags- und Leistungsstatistik zur Pflegepflicht-versicherung, zum Standard- und zum Basistarif	Ja
Pro Claims Solutions GmbH	Leistungsprüfung	Ja
Schufa Holding AG; Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden	Bonitätsprüfung	Nein
verticus Versicherungsservice GmbH	Angebotserstellung, Antrags- und Risikovorprüfung (Makler)	Ja, teilweise
ViaMed GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	Ja

Auftragnehmer, Kooperationspartner Kategorien	**Übertragene Aufgaben, Funktionen**	**Gesundheitsdaten**
Adressermittler	Adressprüfung	Nein
Gutachter und Sachverständige (z. B. Ärzte)	Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen	Ja
IT-Dienstleister	Wartungs-, Analyse- und Servicearbeiten; Aktenentsorgung	Ja, teilweise
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen	Nein
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	Nein
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung	Ja
Sanitätshäuser	Hilfsmittelversorgung	Ja
Vermittler	Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung	Ja, teilweise

Stand: 25.08.2016

7e.2106/11.16 (ZUSATZ)