CONCORDIA
Krankenversicherungs-AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012

Inhaltsverzeichnis

Teil I Musterbedingungen 2013 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013) §§ 1 - 20

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK)

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

KVu-400-2017-01 1/13

CONCORDIA
Krankenversicherungs-AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012

Teil I
Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013)

Teil II
Tarifbedingungen (TB/KK)

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 Monates 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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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

1. *Zu § 1 Abs. 2 MB/KK 2013:*
   Versicherungsfall
   Als Versicherungsfall gelten auch die Untersuchungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt und med. notwendiger Schwangerschaftsunterbrechung sowie gezielte ambulante Früherkennungsuntersuchungen, z.B. auf Krebs, Diabetes und Tuberkulose.

2. *Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2013:*
   Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland
   a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu drei Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
   b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden, sofern der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gestellt wird.
   c) Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden. Der Antrag muss innerhalb von zwei Monaten gestellt werden.

3. *Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2013:*
   Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den Europäischen Wirtschaftsraum
   Auf Antrag des Versicherungsnehmers entfällt die Begrenzung nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2013 gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags. Dieser Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gestellt werden. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.

4. *Zu § 1 Abs. 6 MB/KK 2013:*
   Umwandlungsanspruch
   a) Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet.
   b) Der Umwandlungsanspruch besteht auch bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen.

der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 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 Elternteiles sein.

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

1. *Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2013:*
Vertragsdauer
Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.

2. *Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2013:*
Versicherungsjahr
Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

3. *Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2013:*
Umstufungen
Bei Übertritt aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigeren Leistungen bzw. bei Erweiterung des Versicherungsschutzes (Umstufungen) finden die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes (§ 2 Abs. 1 MB/KK 2013) entsprechende Anwendung. Als Versicherungsbeginn gilt der im Nachtrag zum Versicherungsschein genannte Zeitpunkt. Der Versicherer kann die Annahme des Antrages auf Umstufungen von besonderen Bedingungen abhängig machen. Insbesondere kann er zu den Beiträgen einen Risikozuschlag auf den der Mehrleistung entsprechenden Beitragsteil erheben oder die Leistungen für bestehende Krankheiten auf den bisherigen Leistungsumfang beschränken.

4. *Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2013:*
Mitversicherung Neugeborener
Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2013 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

1. *Zu § 3 Abs. 3 MB/KK 2013:*
Verzicht auf besondere Wartezeiten
Bei unfallbedingten Kosten entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Für den Ehegatten einer mindestens seit acht Monaten versicherten Person verzichtet die Concordia Krankenversicherungs-AG auch auf die besonderen Wartezeiten unter den gleichen Voraussetzungen, unter der die allgemeine Wartezeit entfällt.

2. *Zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2013:*
Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung
Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Falle bleibt der Antragsteller sechs Wochen - vom Tage des Einganges des ärztlichen Untersuchungsberichtes beim Versicherer ab gerechnet - an seinen Antrag gebunden. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

3. *Zu § 3 Abs. 5 MB/KK 2013:*
Anrechnung der Vorversicherung
§ 3 Abs. 5 MB/KK 2013 gilt in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechend für Personen, die aus einer privaten Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden.

(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.

4. Zu § 3 Abs. 1 - 6 MB/KK 2013:
Wartezeiten bei Vertragserweiterungen
Bei einer Erhöhung bzw. Erweiterung des bestehenden Versicherungsschutzes oder der nachträglichen Mitversicherung weiterer Personen gelten die Bestimmungen des § 3 Abs. 1 - 5 MB/KK 2013 entsprechend.

1. Zu § 4 Abs. 1 MB/KK 2013:
Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

a) Zur Beteiligung der Versicherten am Überschuss der Gesellschaft wird eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.

b) Als Form der Überschussbeteiligung kann gewählt werden: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, befristete oder unbefristete Beitragssenkung, Leistungserhöhung sowie Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

c) Die Form der Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen, den Zeitpunkt sowie die weiteren Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung legt der Vorstand im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder fest.

d) Die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung sind den Versicherungsnehmern bekannt zu geben.

2. Zu § 4 Abs. 1 - 3 MB/KK 2013:
Tarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen
Sie umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt sowohl für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) (vgl. § 5 Nr. 4 Teil II) als auch für Verrichtungen von Hebammen und Entbindungspflegern in der jeweils gültigen Gebührenordnung. Sie umfassen ebenfalls die ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen. Die Durchführung der Psychotherapie durch einen für die Behandlung zugelassenen Diplompsychologen ist ebenso erstattungsfähig wie die Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten sowie in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern sie zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.
Hämodialyse, auch wenn sie im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.

b) Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden. Erstattungsfähig sind zudem die Behandlungen in Hospizen und sozialpädiatrischen Zentren sowie aus der häuslichen Behandlungspflege, sofern erstattungsfähige Leistungen erbracht werden.

3. Zu § 4 Abs. 1 - 3 MB/KK 2013:
Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

a) für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektion;

b) für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.

4. Zu § 4 Abs. 4 und 5 MB/KK 2013:
Tarife für stationäre Heilbehandlung
Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht:

a) Behandlungen im Sanitätsbereich der Bundeswehr, in Bundeswehrkrankenhäusern, Entbindungsheimen und Hospizen werden einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt.

b) Stationäre und teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

c) Teilstationäre Behandlung
Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

5. Zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2013:
Behandlungen in gemischten Anstalten
Die Concordia Krankenversicherungs-AG kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
a) es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von vierzehn Tagen (bei vorliegender medizinischer Indikation auch später) nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde;
b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte;
c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war;
d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

6. Zu § 4 Abs. 1 - 5 MB/KK 2013:
Psychotherapie
Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

7. Zu § 4 Abs. 1 - 5 MB/KK 2013:
Betragsgemäße Festlegungen
a) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahr.
Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginnes reduzieren sich die Beträge für jeden nichtversicherten Monat um ein Zwölftel.
Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht
a) für 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 Heilbehandlungen 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, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen

1. Zu § 5 MB/KK 2013:
Heilbehandlungen im Ausland
a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.
b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Ziffer 1a) zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.
c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Ziffer 1a) zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) keine Anwendung.
d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Ziffer 1a) zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) ebenfalls keine Anwendung.

2. Zu § 5 Abs. 1a MB/KK 2013:
Kriegsereignisse und terroristische Anschläge
a) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und Todesfällen entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes verhindert ist.
b) Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 Buchstabe a MB/KK 2013.

3. Zu § 5 Abs. 1b MB/KK 2013:
Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahmen
Vom Leistungsausschluss nicht betroffen ist die Entgiftung.
Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen (außer bei Nikotin), für die die Concordia Krankenver-

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.

sicherungs-AG Leistungen erbracht hat bzw. erbringt, während der Vertragslaufzeit ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Dies gilt auch für die begleitende Pharmakotherapie. Erfolgt die Maßnahme stationär, wird ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % der Allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

4. *Zu § 5 MB/KK 2013:*
Gebührenordnung
Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; ebenso sind bei einer Behandlung durch Heilpraktiker Überschreitungen der Mindestgebühr nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) nicht erstattungsfähig.

5. *Zu § 5 Abs. 1d MB/KK 2013:*
Anschlussheilbehandlung
Die Einschränkung nach § 5 Abs. 1d MB/KK 2013 gilt nicht für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen (AHB), sofern die Anschlussheilbehandlung innerhalb von vierzehn Tagen nach der stationären Akutbehandlung (bei vorliegender medizinischer Indikation auch später) angetreten wurde und kein Anspruch auf Sachleistungen bzw. Übernahme der Kosten durch einen gesetzlichen Sozialversicherungsträger besteht.

6. *Zu § 5 Abs. 1e MB/KK 2013:*
Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort
Die Einschränkung nach § 5 Abs. 1e MB/KK 2013 entfällt insgesamt.

§ 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.

1. *Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2013:*
Leistungsunterlagen
Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen. Rezepte sind mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf dem Rezept vom Leistungserbringer vermerkt ist. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen.

2. *Zu § 6 Abs. 3 MB/KK 2013:*
Legitimation des Überbringers
Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

3. *Zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2013:*
Kurs ausländischer Währung
Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

4. *Zu § 6 Abs. 5 MB/KK 2013:*
Überweisungskosten
Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

5. *Zu § 6 Abs. 6 MB/KK 2013:*
Krankenhausausweis
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Keine Tarifbedingungen

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 Monates 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 Monates 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 Monatsbeitrages für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrages. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(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

1. *Zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2013:*
   Beitragsrate

a) *Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.*

b) *Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 14. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche zu zahlen.*
   Jugendliche zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Jugendliche. Von dem auf Vollendung des 19. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 20 Jahre zu zahlen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung muss spätestens 2 Monate nach dem Umstufungszeitpunkt erfolgen.

c) *Wenn die monatlichen Beitragsraten im voraus mit Lastschrift bezahlt werden, wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von*
   3 % bei jährlicher Zahlungsweise,
   2 % bei halbjährlicher Zahlungsweise
   gewährt.

2. *Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2013:*
   Mahnkosten
   Mahnkosten werden nicht erhoben.

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 Beitrages 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.

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

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei 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.

Zu § 8a Abs. 2 MB/KK 2013:

*1. **Beitragsberechnung***

a) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

b) Die Anrechnung der Deckungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird (Umstellungsrabatt).

Zu § 8a Abs. 2 MB/KK 2013:

*2. **Beitragsermäßigung im Alter***

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die geschäftsplanmäßig eine Dekkungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe eines von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung im Geschäftsplan verwendet.

§ 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 Tarifes 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.

Zu § 8b Abs. 1 MB/KK 2013:

Anpassungsvorschriften

Der genannte Vomhundertsatz beträgt fünf.

Im Zuge einer Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Leistungshöchstsätze sowie Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monates 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.

Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2013:
Verzicht auf Anzeige der Krankenhausbehandlung
Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monates 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.

Keine Tarifbedingungen

§ 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 Anspruches 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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

Keine Tarifbedingungen

§ 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 Versicherungsvereines nicht aufrechnen.

Keine Tarifbedingungen

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 Eintrittes der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monates 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 Teiles der Versicherung zum Schlusse des Monates 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.

1. *Zu § 13 Abs. 1 MB/KK 2013:*
   Vertragsdauer und Versicherungsjahr
   Vergl. § 2 Nrn. 1 und 2 Teil II

2. *Zu § 13 Abs. 2 MB/KK 2013:*
   Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses
   Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, so hat diese das Recht, die Versicherung als eigenes Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung fortzusetzen, sofern die Fortsetzung dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der bisherigen Versicherung angezeigt wird.

3. *Zu § 13 Abs. 3 MB/KK 2013:*
   Krankheitskostenvollversicherung
   Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die einzelne Person Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

4. *Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2013:*
   Übertragungswertmitgabe bei Versichererwechsel
   Hat eine versicherte Person, deren Versicherungsverhältnis über eine Krankheitskostenvollversicherung vor dem 01.01.2009 begonnen hat, nach dem 31.12.2008 eine Umwandlung der Versicherung in einen Versicherungsschutz vorgenommen, der den Aufbau eines Übertragungswertes gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorsieht, so gilt § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2013 mit der Maßgabe, dass die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dieser Umwandlung aufgebauten Übertragungswertes auf den neuen Versicherer zu übertragen ist.

(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 Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2013:
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 2 für eine Krankheitskostenteilversicherung wird verzichtet.

§ 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 Abs. 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.

Zu § 15 MB/KK 2013:
Ehescheidungen, Aufheben der Lebenspartnerschaft gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Getrenntleben
Liegt ein Ehescheidungsurteil oder ein Urteil über die Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Keine Tarifbedingungen

§ 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.

Keine Tarifbedingungen

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Keine Tarifbedingungen

(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

Keine Tarifbedingungen

(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

Keine Tarifbedingungen

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.

CONCORDIA
Krankenversicherungs-AG

Tarif ZE / ZT

Zahnzusatzversicherung
Zahnersatz (ZE) und Zahnersatz-Top (ZT)
Geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife)
Teil III Tarife

Zahnersatz

Die Tarife ZE und ZT gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife), bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013),
Teil II – Tarifbedingungen (TB/KK) und den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

1. Aufnahmefähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind bzw. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

Die besondere Wartezeit beträgt für die nachfolgend beschriebenen, tariflichen Leistungen acht Monate.

2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Teilkronen, Zahnbrücken, Stiftaufbauten, Inlays, Onlays, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen), vorbereitende therapeutische und diagnostische Leistungen, das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen, implantologische Leistungen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verblendungen (auch Keramikverblendungen) bis einschließlich Zahn 8.

Zu den implantologischen Leistungen zählen die zahnärztlichen Leistungen der Diagnostik (implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen), die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden Weichgewebs- und knochenaufbauenden Maßnahmen.

Die oben genannten Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen für Zahnersatz sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen werden wie folgt erstattet:

Gesamtleistung (inkl. Vorleistung)	
ZE	ZT
40 %	80 %
45 %*)	85 %*)

*) Weist der Versicherte durch ein Bonusheft bzw. durch Nachweis in der Leistungsabrechnung der GKV nach, dass er in den letzten 10 Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung an Vorsorgeuntersuchungen zur Gesunderhaltung der Zähne teilgenommen hat, erhöht sich der maximale Erstattungssatz auf 45 % (ZE) bzw. 85 % (ZT). Dies gilt nicht für Inlays und Onlays.

Wählen die Versicherten keinen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden Zahnersatz, werden die oben genannten Aufwendungen zu 100 % erstattet.

Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge und Leistungen anderer Zahnersatztarife werden vom Erstattungsbetrag abgezogen. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bzw. der freien Heilfürsorge bestehen, sind diese wahrzunehmen. Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge über die gewährten Leistungen sind einzureichen. Die Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge müssen jeweils zuerst in Anspruch genommen werden.

Als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge gilt der befundbezogene Festzuschuss für die Zahnersatz-Regelversorgung. Für Inlays und Onlays gelten die Vorleistungen für konservierende Leistungen gemäß § 28 Abs. 2 SGB V. Der Erstattungsbetrag ist insgesamt auf 100 % des Rechnungsbetrages begrenzt.

3. Leistungserbringer

Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung wird der Erstattungsbetrag pauschal um 30 % gekürzt.

4. Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung wird in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

1. Versicherungsjahr 500 €
2. Versicherungsjahr 1.000 €
3. Versicherungsjahr 1.500 €
4. Versicherungsjahr 2.000 €

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

5. Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Beitragszahlung erfolgt gemäß den Regelungen von § 8 der Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II sowie den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

6. Fortfall der Versicherungsfähigkeit und Ende der Versicherung

Die Versicherungsfähigkeit und der Leistungsanspruch nach diesen Tarifen entfallen mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV bzw. der freien Heilfürsorge endet. Für eine rückwirkende Vertragsaufhebung hat der Versicherungsnehmer eine Kündigung binnen drei Monaten nach Beendigung der Versicherungsfähigkeit auszusprechen. Eine spätere Kündigung wird zum Ende des Monats wirksam, in dem der Fortfall der Voraussetzung nachgewiesen wird.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

CONCORDIA
Krankenversicherungs-AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012

Inhaltsverzeichnis

Teil I Musterbedingungen 2013 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2013) §§ 1 - 20

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK)

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

KVu-400-2017-01 1/13

CONCORDIA
Krankenversicherungs-AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012

Teil I
Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013)

Teil II
Tarifbedingungen (TB/KK)

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 Monates 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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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

1. *Zu § 1 Abs. 2 MB/KK 2013:*
   Versicherungsfall
   Als Versicherungsfall gelten auch die Untersuchungen und Behandlungen wegen Fehlgeburt und med. notwendiger Schwangerschaftsunterbrechung sowie gezielte ambulante Früherkennungsuntersuchungen, z.B. auf Krebs, Diabetes und Tuberkulose.

2. *Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2013:*
   Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland
   a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu drei Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
   b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden, sofern der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gestellt wird.
   c) Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden. Der Antrag muss innerhalb von zwei Monaten gestellt werden.

3. *Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2013:*
   Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die EU bzw. den Europäischen Wirtschaftsraum
   Auf Antrag des Versicherungsnehmers entfällt die Begrenzung nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2013 gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags. Dieser Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gestellt werden. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.

4. *Zu § 1 Abs. 6 MB/KK 2013:*
   Umwandlungsanspruch
   a) Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet.
   b) Der Umwandlungsanspruch besteht auch bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen.

der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 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 Elternteiles sein.

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

1. *Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2013:*
Vertragsdauer
Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.

2. *Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2013:*
Versicherungsjahr
Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

3. *Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2013:*
Umstufungen
Bei Übertritt aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigeren Leistungen bzw. bei Erweiterung des Versicherungsschutzes (Umstufungen) finden die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes (§ 2 Abs. 1 MB/KK 2013) entsprechende Anwendung. Als Versicherungsbeginn gilt der im Nachtrag zum Versicherungsschein genannte Zeitpunkt. Der Versicherer kann die Annahme des Antrages auf Umstufungen von besonderen Bedingungen abhängig machen. Insbesondere kann er zu den Beiträgen einen Risikozuschlag auf den der Mehrleistung entsprechenden Beitragsteil erheben oder die Leistungen für bestehende Krankheiten auf den bisherigen Leistungsumfang beschränken.

4. *Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2013:*
Mitversicherung Neugeborener
Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2013 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

1. *Zu § 3 Abs. 3 MB/KK 2013:*
Verzicht auf besondere Wartezeiten
Bei unfallbedingten Kosten entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Für den Ehegatten einer mindestens seit acht Monaten versicherten Person verzichtet die Concordia Krankenversicherungs-AG auch auf die besonderen Wartezeiten unter den gleichen Voraussetzungen, unter der die allgemeine Wartezeit entfällt.

2. *Zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2013:*
Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung
Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Falle bleibt der Antragsteller sechs Wochen - vom Tage des Einganges des ärztlichen Untersuchungsberichtes beim Versicherer ab gerechnet - an seinen Antrag gebunden. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

3. *Zu § 3 Abs. 5 MB/KK 2013:*
Anrechnung der Vorversicherung
§ 3 Abs. 5 MB/KK 2013 gilt in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechend für Personen, die aus einer privaten Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden.

(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.

4. Zu § 3 Abs. 1 - 6 MB/KK 2013:
Wartezeiten bei Vertragserweiterungen
Bei einer Erhöhung bzw. Erweiterung des bestehenden Versicherungsschutzes oder der nachträglichen Mitversicherung weiterer Personen gelten die Bestimmungen des § 3 Abs. 1 - 5 MB/KK 2013 entsprechend.

1. Zu § 4 Abs. 1 MB/KK 2013:
Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

a) Zur Beteiligung der Versicherten am Überschuss der Gesellschaft wird eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.

b) Als Form der Überschussbeteiligung kann gewählt werden: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, befristete oder unbefristete Beitragssenkung, Leistungserhöhung sowie Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

c) Die Form der Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen, den Zeitpunkt sowie die weiteren Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung legt der Vorstand im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder fest.

d) Die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung sind den Versicherungsnehmern bekannt zu geben.

2. Zu § 4 Abs. 1 - 3 MB/KK 2013:
Tarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen
Sie umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt sowohl für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) (vgl. § 5 Nr. 4 Teil II) als auch für Verrichtungen von Hebammen und Entbindungspflegern in der jeweils gültigen Gebührenordnung. Sie umfassen ebenfalls die ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen. Die Durchführung der Psychotherapie durch einen für die Behandlung zugelassenen Diplompsychologen ist ebenso erstattungsfähig wie die Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten sowie in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern sie zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.
Hämodialyse, auch wenn sie im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.

b) Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden. Erstattungsfähig sind zudem die Behandlungen in Hospizen und sozialpädiatrischen Zentren sowie aus der häuslichen Behandlungspflege, sofern erstattungsfähige Leistungen erbracht werden.

3. Zu § 4 Abs. 1 - 3 MB/KK 2013:
Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

a) für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektion;

b) für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.

4. Zu § 4 Abs. 4 und 5 MB/KK 2013:
Tarife für stationäre Heilbehandlung
Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht:

a) Behandlungen im Sanitätsbereich der Bundeswehr, in Bundeswehrkrankenhäusern, Entbindungsheimen und Hospizen werden einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt.

b) Stationäre und teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

c) Teilstationäre Behandlung
Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

5. Zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2013:
Behandlungen in gemischten Anstalten
Die Concordia Krankenversicherungs-AG kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
a) es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von vierzehn Tagen (bei vorliegender medizinischer Indikation auch später) nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde;
b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte;
c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war;
d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

6. Zu § 4 Abs. 1 - 5 MB/KK 2013:
Psychotherapie
Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

7. Zu § 4 Abs. 1 - 5 MB/KK 2013:
Betragsgemäße Festlegungen
a) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahr.
Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginnes reduzieren sich die Beträge für jeden nichtversicherten Monat um ein Zwölftel.
Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht
a) für 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 Heilbehandlungen 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, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen

1. Zu § 5 MB/KK 2013:
Heilbehandlungen im Ausland
a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.
b) Die Kürzungsbefugnis gemäß Ziffer 1a) zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.
c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Ziffer 1a) zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) keine Anwendung.
d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet Ziffer 1a) zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) ebenfalls keine Anwendung.

2. Zu § 5 Abs. 1a MB/KK 2013:
Kriegsereignisse und terroristische Anschläge
a) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und Todesfällen entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes verhindert ist.
b) Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 Buchstabe a MB/KK 2013.

3. Zu § 5 Abs. 1b MB/KK 2013:
Entziehungs- /Entwöhnungsmaßnahmen
Vom Leistungsausschluss nicht betroffen ist die Entgiftung.
Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird bei den ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen (außer bei Nikotin), für die die Concordia Krankenver-

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.

sicherungs-AG Leistungen erbracht hat bzw. erbringt, während der Vertragslaufzeit ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Dies gilt auch für die begleitende Pharmakotherapie. Erfolgt die Maßnahme stationär, wird ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % der Allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

4. *Zu § 5 MB/KK 2013:*
Gebührenordnung
Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; ebenso sind bei einer Behandlung durch Heilpraktiker Überschreitungen der Mindestgebühr nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) nicht erstattungsfähig.

5. *Zu § 5 Abs. 1d MB/KK 2013:*
Anschlussheilbehandlung
Die Einschränkung nach § 5 Abs. 1d MB/KK 2013 gilt nicht für medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen (AHB), sofern die Anschlussheilbehandlung innerhalb von vierzehn Tagen nach der stationären Akutbehandlung (bei vorliegender medizinischer Indikation auch später) angetreten wurde und kein Anspruch auf Sachleistungen bzw. Übernahme der Kosten durch einen gesetzlichen Sozialversicherungsträger besteht.

6. *Zu § 5 Abs. 1e MB/KK 2013:*
Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort
Die Einschränkung nach § 5 Abs. 1e MB/KK 2013 entfällt insgesamt.

§ 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.

1. *Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2013:*
Leistungsunterlagen
Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen. Rezepte sind mit der dazugehörigen Rechnung des Leistungserbringers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf dem Rezept vom Leistungserbringer vermerkt ist. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Leistungserbringer einzureichen.

2. *Zu § 6 Abs. 3 MB/KK 2013:*
Legitimation des Überbringers
Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

3. *Zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2013:*
Kurs ausländischer Währung
Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

4. *Zu § 6 Abs. 5 MB/KK 2013:*
Überweisungskosten
Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

5. *Zu § 6 Abs. 6 MB/KK 2013:*
Krankenhausausweis
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Keine Tarifbedingungen

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 Monates 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 Monates 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 Monatsbeitrages für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrages. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(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

1. *Zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2013:*
   Beitragsrate

a) *Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.*

b) *Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 14. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche zu zahlen.*
   Jugendliche zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Jugendliche. Von dem auf Vollendung des 19. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 20 Jahre zu zahlen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung muss spätestens 2 Monate nach dem Umstufungszeitpunkt erfolgen.

c) *Wenn die monatlichen Beitragsraten im voraus mit Lastschrift bezahlt werden, wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von*
   3 % bei jährlicher Zahlungsweise,
   2 % bei halbjährlicher Zahlungsweise
   gewährt.

2. *Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2013:*
   Mahnkosten
   Mahnkosten werden nicht erhoben.

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 Beitrages 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.

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

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei 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.

Zu § 8a Abs. 2 MB/KK 2013:

*1. **Beitragsberechnung***

a) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

b) Die Anrechnung der Deckungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird (Umstellungsrabatt).

Zu § 8a Abs. 2 MB/KK 2013:

*2. **Beitragsermäßigung im Alter***

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die geschäftsplanmäßig eine Dekkungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe eines von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung im Geschäftsplan verwendet.

§ 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 Tarifes 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.

Zu § 8b Abs. 1 MB/KK 2013:

Anpassungsvorschriften

Der genannte Vomhundertsatz beträgt fünf.

Im Zuge einer Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Leistungshöchstsätze sowie Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monates 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.

Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2013:
Verzicht auf Anzeige der Krankenhausbehandlung
Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monates 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.

Keine Tarifbedingungen

§ 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 Anspruches 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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

Keine Tarifbedingungen

§ 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 Versicherungsvereines nicht aufrechnen.

Keine Tarifbedingungen

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 Eintrittes der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monates 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 Teiles der Versicherung zum Schlusse des Monates 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.

1. *Zu § 13 Abs. 1 MB/KK 2013:*
   Vertragsdauer und Versicherungsjahr
   Vergl. § 2 Nrn. 1 und 2 Teil II

2. *Zu § 13 Abs. 2 MB/KK 2013:*
   Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses
   Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, so hat diese das Recht, die Versicherung als eigenes Versicherungsverhältnis ohne Unterbrechung fortzusetzen, sofern die Fortsetzung dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der bisherigen Versicherung angezeigt wird.

3. *Zu § 13 Abs. 3 MB/KK 2013:*
   Krankheitskostenvollversicherung
   Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die einzelne Person Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

4. *Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2013:*
   Übertragungswertmitgabe bei Versichererwechsel
   Hat eine versicherte Person, deren Versicherungsverhältnis über eine Krankheitskostenvollversicherung vor dem 01.01.2009 begonnen hat, nach dem 31.12.2008 eine Umwandlung der Versicherung in einen Versicherungsschutz vorgenommen, der den Aufbau eines Übertragungswertes gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorsieht, so gilt § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2013 mit der Maßgabe, dass die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dieser Umwandlung aufgebauten Übertragungswertes auf den neuen Versicherer zu übertragen ist.

(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 Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2013:
Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 2 für eine Krankheitskostenteilversicherung wird verzichtet.

§ 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 Abs. 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.

Zu § 15 MB/KK 2013:
Ehescheidungen, Aufheben der Lebenspartnerschaft gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Getrenntleben
Liegt ein Ehescheidungsurteil oder ein Urteil über die Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Keine Tarifbedingungen

§ 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.

Keine Tarifbedingungen

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Keine Tarifbedingungen

(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

Keine Tarifbedingungen

(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

Keine Tarifbedingungen

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.

CONCORDIA
Krankenversicherungs-AG

Tarif ZB

Zahnzusatzversicherung
Zahnbehandlung (ZB)

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

Teil III Tarife

Zahnbehandlung

Der Tarif ZB gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-versicherung, gültig für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife), bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013),
Teil II – Tarifbedingungen (TB/KK) und den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

1. Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, Anspruch auf freie Heilfürsorge haben und zusätzlich bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach einem der Tarife AZ ZAHN, ZE oder ZT versichert sind. Endet das Versicherungsverhältnis nach den genannten Tarifen, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach dem Tarif ZB.

Die besondere Wartezeit beträgt für die nachfolgend beschriebenen, tariflichen Leistungen acht Monate.

2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Kieferorthopädie und Anästhesie.

a) Zahnbehandlung

Der Versicherer erstattet bei Zahnbehandlung (ohne Inlays und Onlays) im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der freien Heilfürsorge max. 100 %.

Als Zahnbehandlung gelten konservierende Leistungen (z. B. plastische Füllungen, Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, Wurzelkanalbehandlungen), ausgenommen Inlays und Onlays; chirurgische Leistungen einschließlich Wundrevision sowie Nachbehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Zahnkeimentfernung); parodontologische Leistungen (z. B. Bestimmung des Parodontalstatus, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime, Weichgewebsmaßnahmen z. B. Abtragung sowie chirurgische Wiederherstellung des Zahnfleisches, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte) sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen („Knirscherschiene“) einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. Privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann.

b) Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet bei Zahnprophylaxe 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge max. 100 %. Die Erstattungsleistungen sind auf 150 € innerhalb von zwei Versicherungsjahren beschränkt. Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Entfernung weicher und harter Zahnbeläge, Versiegelung (auch Fissurenversiegelung), Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

c) Kieferorthopädie

Für kieferorthopädische Behandlungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei medizinisch notwendiger kieferorthopädischer Behandlung für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, zusammen mit den Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge maximal 100 %.

Soweit für die Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV bzw. der freien Heilfürsorge besteht, sind die Erstattungen auf insgesamt 2.000 € je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt.

Besteht ein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV bzw. der freien Heilfürsorge, werden die unter diesen Leistungsanspruch fallenden Mehrkosten zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, sofern eine medizinische Notwendigkeit vorliegt. Die Erstattungen sind hierbei auf insgesamt 600 € je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung begrenzt.

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV bzw. der freien Heilfürsorge eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sog. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV bzw. der freien Heilfürsorge. Kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV bzw. der freien Heilfürsorge besteht z. B. bei Einstufungen in KIG 1 bzw. KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

Die bei der GKV bzw. der freien Heilfürsorge einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem Versicherer in Kopie zuzustellen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Leistungserbringer.

d) Anästhesie

Im Rahmen einer medizinisch notwendigen, gleichzeitigen Entfernung von mehr als zwei Weisheitszähnen erstattet der Versicherer die nicht durch die GKV bzw. der freien Heilfürsorge erstatteten Narkosekosten zu 100 % mit einem maximalen Erstattungsbetrag von 500 €.

3. Leistungserbringer

Für zahnärztliche Behandlungen gemäß 2a und 2d dieses Tarifs (Zahnbehandlung, Anästhesiekosten) wird bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung der Erstattungsbetrag pauschal um 30 % gekürzt. Bei Zahnärzten mit Kassenzulassung sind die Vorleistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge in Anspruch zu nehmen.

Für kieferorthopädische Leistungen entfällt bei Kieferorthopäden ohne Kassenzulassung der Leistungsanspruch.

4. Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung wird in den ersten vier Versicherungsjahren wie folgt begrenzt:

1. Versicherungsjahr 250 €
2. Versicherungsjahr 500 €
3. Versicherungsjahr 1.000 €
4. Versicherungsjahr 1.500 €

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

5. Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Beitragszahlung erfolgt gemäß den Regelungen von § 8 der Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II sowie den Ergänzungen zu den Muster- und Tarifbedingungen nach Teil I und Teil II für die Tarife ZE, ZT sowie ZB.

6. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.