

Kundeninformation zur Krankenzusatzversicherung (Unisex) (Stand 01.05.2018)

gültig für Tarife mit Policierungsdatum ab 21.12.2012

Verbraucherinformationen

Informationsblatt der BaFin

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
(AVB/KK Teil I, II und III)**

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Krankentagegeldversicherung (AVB/KT Teil I, II und III)**

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Pflegetagegeldversicherung (AVB/PT Teil I, II und III)**

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Vorsorgetarife
(AVB/VTG und AVB/VTB)**

Inhalt	Seite
Verbraucherinformationen	4
Informationsblatt der BaFin	5
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK) Teil I, II und III	6
Krankheitskostenversicherungen/Ergänzungstarife für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	
Tarife ET-G und ET-G 65	13
Tarif ET-G Plus	14
Tarife D-G2 und IT-G	16
Tarife Z-G, Z-G2 und Z-G5	16
Tarife S-G und S-G2	17
Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif	
Tarif KL-G	18
Krankheitskostenversicherungen/Ergänzungstarife für stationäre Heilbehandlung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	
Tarif ST-G1	19
Tarif UST-G2	19
Krankenhaustagegeldversicherungen	
Tarif KHS	21
Tarif KHS E	21
Krankheitskostenversicherungen/Ergänzungstarife für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK	
Tarife ET-B und ET-B 65	22
Tarif ET-B Plus	24
Tarife D-B2 und IT-B	26
Tarife Z-B, Z-B2 und Z-B5	26
Tarife S-B und S-B2	27
Tarif BS	28
Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK	
Tarif KL-B	29
Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK	
Tarif ST-B1	30
Krankheitskostenversicherungen/Ergänzungstarife für Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)	
Tarif KVB	30
Tarif KVB Plus	32
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT) Teil I, II und III	34
Krankentagegeldversicherung für Selbstständige, freiberuflich Tätige und Arbeitnehmer	
Tarif KT	40
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (AVB/PT) Teil I, II und III	41
Pflegetagegeldversicherungen	
Tarif PT	47
Tarif PT 3	47
Option auf Wechsel von Tarif PT 3 in den Tarif PT	47
Tarif PT Plus	48
Tarif UPT	48

Inhalt	Seite
Pflegetagegeldversicherungen für Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK	
Tarif PT-B	49
Tarif PT-B 3	50
Option auf Wechsel von Tarif PT-B 3 in den Tarif PT-B	50
Tarif PT-B Plus	51
 Pflegeassistanceversicherung	
Tarif PA	51
 Allgemeine Versicherungsbedingungen Tarif VT-G (AVB/VTG)	52
 Allgemeine Versicherungsbedingungen Tarif VT-B (AVB/VTB)	55
 Anhang – Auszug aus den Gesetzen	58

Hinweise zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I der AVB enthält die Musterbedingungen des Verbandes der privaten
Krankenversicherung e.V.

*Teil II der AVB enthält die speziellen Bedingungen und Leistungsmerkmale der
DEVK Krankenversicherungs-AG*

Teil III der AVB enthält die Tarifierklärungen

Verbraucherinformationen

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Vertragspartner ist die

DEVK Krankenversicherungs-AG

Aufsichtsratsvorsitzender: Gottfried Rüßmann
Vorstand: Jürgen Dürscheid, Sylvia Peusch

Riehler Straße 190
50735 Köln

Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 24806
Ust-IdNr. DE 811 474 344

Was ist die Hauptgeschäftstätigkeit der DEVK Krankenversicherungs-AG?

Die DEVK Krankenversicherungs-AG bietet Versicherungsschutz bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Wie sind Ihre Ansprüche aus dem Vertrag gesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 223 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die DEVK Krankenversicherungs-AG gehört dem Sicherungsfonds an.

Was sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

Welche Leistungen Ihre Versicherung umfasst, entnehmen Sie bitte den jeweils geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und dem Versicherungsschein.

Wie hoch ist der Gesamtpreis der Versicherung?

Die Höhe des zu zahlenden Gesamtbeitrags sowie die Beiträge je versicherter Person und Tarif sind im Antrag angegeben.

Wann und wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Die Beiträge sind monatlich zu zahlen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Antrag und den jeweils geltenden AVB.

Wie kommt der Vertrag zustande und wie lange sind Sie an den Antrag gebunden?

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Vorstand in Textform die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird. Sie sind an Ihren Antrag 6 Wochen gebunden, sofern Sie ihn nicht gemäß des Punktes Widerrufsrecht widerrufen haben. Eine Durchschrift des Antrags erhalten Sie sofort nach Unterzeichnung. Sofern der Erlass der Wartezeiten aufgrund ärztlicher bzw. zahnärztlicher Untersuchungen beantragt wird, beginnt die Bindefrist an dem Tag, an dem uns die Untersuchungsberichte zugehen, spätestens aber am Tag nach Ablauf der Einreichfrist von 14 Tagen.

Wie können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen und welche Folgen hat ein wirksamer Widerruf?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 2 Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (schriftlich oder in anderer lesbarer Form) an unsere im Versicherungsschein genannte Anschrift oder an die DEVK Versicherungen, Riehler Str. 190, 50735 Köln, zu richten und bedarf keiner Begründung. Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der AVB sowie die Verbraucherinformationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zugegangen sind. Im Falle eines wirksamen Widerrufs erlischt der mit Ihnen geschlossene Vertrag. Wenn der Versicherungsschutz mit Ihrer Zustimmung vor Ablauf der Widerrufsfrist begonnen hat, steht uns für die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs der anteilige, nach dem geltenden Unternehmenstarif berechnete Beitrag zu.

Wie lange läuft der Vertrag?

Der Versicherungsvertrag wird für ein Versicherungsjahr fest geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht drei Monate vor dem Ablauf in Textform gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

Welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie?

Sie können den Versicherungsvertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Weitere Gründe für eine vollständige oder teilweise Beendigung entnehmen Sie bitte den AVB unter folgenden Paragraphen:

§ 13 bis § 15 Teil I und II der AVB für

- die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK)
- die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT)
- die Pflege tagegeldversicherung (AVB/PT)

und

§ 11 der AVB für den Tarif VT-G (bzw. VT-B).

Welches Recht wird angewandt?

Für den Versicherungsvertrag und die vorvertraglichen Beziehungen gilt ausschließlich das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Dem Vertrag liegen insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zugrunde. Die AVB werden Ihnen vor Antragstellung ausgehändigt.

In welcher Vertragssprache erfolgt die Kommunikation?

Die Vorabinformationen, der Vertragsabschluss und die Kommunikation mit der DEVK Krankenversicherungs-AG während der Vertragslaufzeit erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Welche Möglichkeiten eines außergerichtlichen Beschwerdeverfahrens bestehen?

Bei Fragen und Kritik helfen wir Ihnen unter der Anschrift

DEVK Krankenversicherungs-AG

Riehler Straße 190
50735 Köln

gerne weiter. Wenn Sie mit der Bearbeitung Ihres Anliegens nicht zufrieden sind und Anlass zur Beschwerde haben, können Sie sich auch unmittelbar an den Vorstand der DEVK Krankenversicherungs-AG unter oben genannter Adresse wenden. Wir antworten auf Ihre Beschwerde innerhalb von acht Tagen. Sollte sich die Bearbeitung verzögern, werden wir Sie über die Gründe informieren.

Die DEVK Krankenversicherungs-AG ist Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Dies setzt u. a. voraus, dass die gleiche Streitfrage nicht bereits von einem Gericht behandelt wird oder wurde. Sie erreichen den Ombudsmann unter:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222
10052 Berlin

Telefon: 0800 2550444 (Anruf aus dem deutschen Telefonnetz kostenfrei)

Telefax: 030 20458931

Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Sie haben auch die Möglichkeit, eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), einzulegen. Sie erreichen die BaFin unter:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Postfach 1253
53002 Bonn

Telefon: 0228 41080

Telefax: 0228 41081550

Internet: www.bafin.de

EU-Plattform zur Online Streitbeilegung

Die Europäische Kommission stellt seit Februar 2016 eine Internetplattform zur Online-Beilegung von Streitigkeiten bereit. Die sogenannte OS-Plattform fungiert als zentrale Anlaufstelle für Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Unternehmen. Sie regelt Streitigkeiten, die aus online geschlossenen Kauf- oder Dienstleistungsverträgen (z. B. über eine Internetseite, eine mobile Anwendung oder per E-Mail) entstehen. Neben allgemeinen Informationen zur außergerichtlichen Streitschlichtung bietet sie die Möglichkeit, Streitfälle zur Schlichtung einzureichen.

Internet: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

Ein **Wechsel** des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifs auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer 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 der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

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.

Teil II

- (1) *Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Für erhöhte Risiken können bei Abschluss der Versicherung Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.*
- (2) *Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), in Tarifen für stationäre Heilbehandlung jedoch nur dann, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen.*
- (3) *Der Versicherer gewährt während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.*

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II

- (1) *Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr geschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt wird (vgl. auch §§ 13 und 14, Teil I und II). Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.*
- (2) *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) *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 Teil I Abs. 1) entsprechende Anwendung. Als Versicherungsbeginn gilt*

der im Nachtrag zum Versicherungsschein genannte Zeitpunkt.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

- (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 auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

- (1) *Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen bei unfallbedingten Aufwendungen.*
- (2) *Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Falle bleibt der Antragssteller sechs Wochen – vom Tage des Eingangs 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 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.*
- (3) *Das Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst von Beamten mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge wird dem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.*
- (4) *Bei nachträglicher Mitversicherung von Personen gelten die Bestimmungen des § 3 Teil I Abs.1 bis 6 entsprechend.*
- (5) *§ 3 Teil I Abs. 5 gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die zusammen mit einer Krankheitskostenvollversicherung beantragt wird.*

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt für eine Person vor, wenn sie die gesetzlich vorgeschriebene Pflicht zur Versicherung gegen Krankheitskosten erfüllt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- (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 Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag 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.

Teil II

- (1)
 - a) *Zur Beteiligung der Versicherten am Überschuss der Gesellschaft wird satzungsgemäß 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, Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung).*

- 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 mit Zustimmung des Treuhänders fest.
- d) Die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung werden den Versicherungsnehmern bekannt gegeben.
- (2) Abweichend von § 4 Teil I Abs. 5 kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, oder
- b) es sich um eine Notfallweisung handelte, oder
- c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
- d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht Teil I

- (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 Rehabilitationssträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Ver-

sicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II

- (1) Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten.

Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind ausschließlich Aufwendungen erstattungsfähig, die dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils geltenden Fassung entsprechen und deren Sätze nicht überschreiten.

- (2) Abweichend von § 5 Teil I Abs. 1 Buchstabe b) kann der Tarif Leistungen für Suchtentwöhnungen vorsehen.
- (3) Die Einschränkung nach § 5 Teil I Abs. 1 Buchstabe e) entfällt insgesamt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen Teil I

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

Teil II

- (1) Als Nachweise sind Rechnungen im Original oder Rechnungszweitschriften versehen mit dem Erstattungsvermerk einer gesetzlichen Krankenkasse bzw. der gesetzlichen Unfallversicherung 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, Heilpraktikers oder Therapeuten mit Ziffern der jeweiligen 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 Krankenhaustagegeldzahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.

Rezepte sind mit der dazugehörigen Rechnung des Behandelnden einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf dem Rezept vom Behandelnden vermerkt ist. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen des Behandelnden einzureichen.

- (2) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem

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

- (3) Von den Versicherungsleistungen werden Kosten nur abgezogen, wenn der Versicherer Überweisungen ins Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- (4) Ist eine DEVK-Card ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

Teil I

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, 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 Be-

trag 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 (...) 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 Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II

- (1) 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.
- (2) Soweit der Tarif nichts anderes vorsieht, ist für Kinder bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für Kinder zu zahlen. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.

(3) *Beginnt die Versicherung vor Ablauf der Frist gemäß § 8 Teil I Abs. 4, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Versicherungsbeginn fällig, jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheins.*

(4) *Mahnkosten werden nicht erhoben.*

§ 8 a Beitragsberechnung Teil I

- (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.

Teil II

Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

§ 8 b Beitragsanpassung Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

Ergibt die Gegenüberstellung nach § 8 b Teil I Abs. 1 eine Veränderung von mehr als 10 Prozent, so werden alle Tarif-

beiträge der Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Veränderung von mehr als 5 Prozent können alle Tarifbeiträge der Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. In beiden Fällen können auch Ersatzkrankenhaustagegelder sowie betragsmäßig festgelegte Leistungshöchstsätze mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Der gesetzliche Vomhundertsatz gemäß § 155 Abs. 4 VAG bleibt unberührt.

§ 9 Obliegenheiten Teil I

- (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 Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet (siehe jedoch § 4 Teil I Abs. 5 und § 4 Teil II Abs. 3).

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen Teil I

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte Teil I

- (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 An-

spruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 **Aufrechnung** **Teil I**

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

Ende der Versicherung

§ 13 **Kündigung durch den Versicherungsnehmer** **Teil I**

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwer-

dens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Teil II

- (1) *Auf die Vereinbarung einer Vertragsdauer von mindestens zwei Jahren wird verzichtet (vgl. § 2 Teil II).*
- (2) *Abweichend von § 13 Teil I Abs. 10 ist die Erklärung innerhalb von 6 Monaten nach Kündigung abzugeben. Die rückständigen Prämien sind nachzuentrichten.*

§ 14 **Kündigung durch den Versicherer** **Teil I**

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

- (1) *Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht.*
- (2) *Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt für eine Person vor, wenn sie die gesetzlich vorgeschriebene Pflicht zur Versicherung gegen Krankheitskosten erfüllt.*

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II

Liegt ein Ehescheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung einer Lebenspartnerschaft gemäß § 15 Lebenspartnerschaftsgesetz vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Gleiches gilt, wenn Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

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

§ 18

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

- (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

Teil I

- (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

Teil I

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

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

Tarife ET-G und ET-G 65

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarife für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit nach Tarif ET-G

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben. Entfällt diese Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif.

Versicherungsfähigkeit nach Tarif ET-G 65

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die das 65. Lebensjahr vollendet und Anspruch auf Leistungen der GKV haben. Entfällt die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif.

2. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KK). Sie entfallen jedoch bei Versicherungsschutz auf vorübergehenden Auslandsreisen nach Punkt 3.3.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen.

- Versicherte mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach Vorleistung der GKV; bei Brillengestellen ist keine Vorleistung erforderlich. Erstattet werden die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu höchstens 105 Euro pro Kalenderjahr.
- Versicherte ohne Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV: Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die erstmalige Ausstattung, notwendige Änderungen und die Folgeversorgung. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht insbesondere bei einer Änderung der Dioptrienzahl um mindestens 0,5 Dioptrien oder wenn seit dem letzten Bezug einer Sehhilfe, zu der Leistungen in Anspruch genommen wurden, mindestens 24 Monate vergangen sind. Eine Veränderung um 0,5 Dioptrien liegt auch dann vor, wenn sich die Sehfähigkeit auf einem Auge um 0,25 Dioptrien verschlechtert und auf dem anderen Auge um 0,25 Dioptrien verbessert hat. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu höchstens 105 Euro pro Kalenderjahr erstattet.

3.2 Zahnersatz

Hierzu zählen prothetische und implantologische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Stiftzähne und implantatgetragener Zahnersatz einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Bei Zahnersatz besteht Versicherungsschutz für Verblendungen bis zum jeweiligen Zahn 8. Die Material- und Laborkosten sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Sind zwischen dem Verband der Zahntechniker-Innungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

Bei einer vertragszahnärztlichen Versorgung werden 20 Prozent des Rechnungsbetrags übernommen, ausgehend von den Höchstsätzen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Das ist zurzeit der 3,5-fache Satz der GOZ¹.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der GKV oder

nach anderen Tarifen des Unternehmens, werden zusammen mit diesen Leistungen nicht mehr als 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen erbracht.

3.3 Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen

3.3.1 Geltungsbereich und Dauer

1. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
2. Versicherungsschutz besteht für die ersten 42 Tage vorübergehender Auslandsaufenthalte. Bei einem Auslandsaufenthalt über den Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz entsprechend nur für die ersten 42 Tage.
3. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthalts oder mit Ende des Versicherungsvertrags.

Ist die Rückreise aus dem Ausland bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz für leistungspflichtige Versicherungsfälle um längstens weitere 90 Tage.

3.3.2 Versicherungsleistungen

a) Krankheitskosten

Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100 Prozent für:

1. ärztliche Behandlung;
2. stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
3. Arznei- und Verbandmittel;
4. Heilmittel, nur soweit sie Anwendungen der physikalischen Medizin oder Inhalationen sind;
5. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik;
6. schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
7. ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt;
8. Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
9. den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt bzw. das Wegegeld des nächsterreichbaren Notfallarztes.

b) Rückführungskosten

Ersatz der Kosten eines Rücktransports der versicherten Person, sofern dieser im Verlauf einer leistungspflichtigen Heilbehandlung erforderlich wird.

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich ist.

Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und an den Heimatwohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus erfolgen.

c) Überführungskosten

Ersatz der Kosten, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während des Auslandsaufenthalts entstehen:

1. durch die Überführung an den ständigen Wohnsitz des Versicherten bis zu 5.150 Euro bei Tod im europäischen Ausland bzw. bis zu 10.300 Euro bei Tod im außereuropäischen Ausland
oder
2. durch die Bestattung der versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

3.3.3 Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht für

1. Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;

2. Behandlungen, von denen vor Antritt der Reise feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
3. Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
4. Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung oder Insemination);
5. Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen).

3.3.4 Sonstige Bestimmungen

Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag nach Tarif ET-G ist unabhängig vom Geschlecht. Der Beitrag nach Tarif ET-G 65 ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Tarif ET-G Plus

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben. Entfällt diese Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif.

2. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KK). Sie entfallen jedoch bei Versicherungsschutz auf vorübergehenden Auslandsreisen nach Punkt 3.5.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen.

- Versicherte mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV:
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach Vorleistung der GKV; bei Brillengestellen ist keine Vorleistung erforderlich. Erstattet werden die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu höchstens 155 Euro pro Kalenderjahr.
- Versicherte ohne Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV:
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die erstmalige Ausstattung, notwendige Änderungen und die Folgeversorgung. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht insbesondere bei einer Änderung der Dioptrienzahl um mindestens 0,5 Dioptrien oder wenn seit dem letzten Bezug einer Sehhilfe, zu der Leistungen in Anspruch genommen wurden, mindestens 24 Monate vergangen sind. Eine Veränderung um 0,5 Dioptrien liegt auch dann vor, wenn sich die Sehfähigkeit auf einem

Auge um 0,25 Dioptrien verschlechtert und auf dem anderen Auge um 0,25 Dioptrien verbessert hat.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu höchstens 155 Euro pro Kalenderjahr erstattet.

3.2 Sonstige Hilfsmittel (außer Sehhilfen)

Als Hilfsmittel gelten technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z. B. Hörgeräte, Prothesen, Bandagen, Einlagen und Krankenfahrstühle). Dazu gehören nicht Behandlungs- und medizinisch-technische Geräte sowie sanitäre Bedarfsmittel. Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Aufwendungen für Betriebsfähigkeit, Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln sowie für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig.

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als

600 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und 1.200 Euro ab dem 3. Kalenderjahr.

3.3 Zahnersatz

Hierzu zählen prothetische und implantologische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Stützähne und implantatgetragener Zahnersatz einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Bei Zahnersatz besteht Versicherungsschutz für Verblendungen bis zum jeweiligen Zahn 8. Die Material- und Laborkosten sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Sind zwischen dem Verband der Zahntechniker-Innungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

Bei einer vertragszahnärztlichen Versorgung werden 30 Prozent des Rechnungsbetrags übernommen, ausgehend von den Höchstsätzen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Das ist zurzeit der 3,5-fache Satz der GOZ¹.

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der GKV oder nach anderen Tarifen des Unternehmens, werden zusammen mit diesen Leistungen nicht mehr als 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen erbracht.

3.4 Ambulante Heilpraktikerleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH Stand 1985), wenn diese von Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden.

Erstattungsfähig sind außerdem von Heilpraktikern oder Ärzten im Rahmen der oben genannten ambulanten Behandlung verordnete Arznei- und Verbandmittel, sofern hierfür kein Anspruch auf Leistungen der GKV besteht.

Der Versicherer leistet 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen nach 3.4, jedoch jährlich nicht mehr als

260 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und 780 Euro ab dem 3. Kalenderjahr;

für Kinder werden bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, jährlich nicht mehr als

130 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und 390 Euro ab dem 3. Kalenderjahr erstattet.

3.5 Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen

3.5.1 Geltungsbereich und Dauer

1. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
2. Versicherungsschutz besteht für die ersten 42 Tage vorübergehender Auslandsaufenthalte. Bei einem Auslandsaufenthalt über den Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz entsprechend nur für die ersten 42 Tage.
3. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthalts oder mit Ende des Versicherungsvertrags.

Ist die Rückreise aus dem Ausland bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz für leistungspflichtige Versicherungsfälle um längstens weitere 90 Tage.

3.5.2 Versicherungsleistungen

a) Krankheitskosten

Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100 Prozent für:

1. ärztliche Behandlung;
2. stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
3. Arznei- und Verbandmittel;
4. Heilmittel, nur soweit sie Anwendungen der physikalischen Medizin oder Inhalationen sind;
5. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik;
6. schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;

7. ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt;

8. Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;

9. den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt bzw. das Wegegeld des nächsterreichbaren Notfallarztes.

b) Rückführungskosten

Ersatz der Kosten eines Rücktransports der versicherten Person, sofern dieser im Verlauf einer leistungspflichtigen Heilbehandlung erforderlich wird.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich ist.

Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und an den Heimatwohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus erfolgen.

c) Überführungskosten

Ersatz der Kosten, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes entstehen:

1. durch die Überführung an den ständigen Wohnsitz des Versicherten
bis zu 5.150 Euro bei Tod im europäischen Ausland bzw.
bis zu 10.300 Euro bei Tod im außereuropäischen Ausland
oder
2. durch die Bestattung der versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

3.5.3 Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht für

1. Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
2. Behandlungen, von denen vor Antritt der Reise feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
3. Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
4. Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung oder Insemination);
5. Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen).

3.5.4 Sonstige Bestimmungen

Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

Tarife D-G2 und IT-G

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarife für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –

Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Diese Tarife können nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif ET-G, ET-G 65, ET-G Plus oder ZT-G bestehen (Grundtarif). Entfällt diese Voraussetzung, so endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach den Tarifen D-G2 bzw. IT-G.

2. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 Teil I Abs. 3 AVB/KK). Sie entfallen jedoch bei professioneller Reinigung von Zähnen und Zahnprothesen nach Punkt 3.2, Fissurenversiegelungen nach Punkt 3.3 sowie bei der Mundkrebsvorsorge nach Punkt 3.4.

3. Versicherungsleistungen nach Tarif D-G2

3.1 Aufwendungen für folgende im Rahmen einer zahnärztlicher Behandlung durchgeführte Maßnahmen

3.1.1 Kunststofffüllungen;

3.1.2 Behandlung der Zahnwurzel;

3.1.3 Parodontosebehandlung;

3.1.4 Narkose im zahnärztlichen Bereich;

Erstattet werden 100 Prozent des nach einer eventuellen Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags, jedoch jährlich nicht mehr als

250 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und 500 Euro im 3. Kalenderjahr; ab dem 4. Kalenderjahr unbegrenzt.

3.2 Professionelle Reinigung von Zähnen und Zahnprothesen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diese professionelle Reinigung bis zu höchstens 80 Euro pro Kalenderjahr.

3.3 Fissurenversiegelungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Versiegelung von Zahnfissuren, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden. Die Erstattung ist auf 50 Euro pro Kalenderjahr begrenzt.

3.4 Mundkrebsvorsorge

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die zahnärztliche Durchführung einer Mundkrebsvorsorgeuntersuchung, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden. Die Erstattung ist auf 50 Euro pro Kalenderjahr begrenzt.

4. Versicherungsleistungen nach Tarif IT-G

4.1 Inlays/Onlays

Erstattungsfähig sind zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten für Einlagefüllungen aus Gold und/oder Keramik.

Erstattet werden 100 Prozent des nach einer eventuellen Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags, jedoch jährlich nicht mehr als

600 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und 1.200 Euro ab dem 3. Kalenderjahr.

4.2 Heilmittel

Erstattungsfähig sind Heilmittel nach Vorleistung der GKV. Hierbei handelt es sich um von Therapeuten erbrachte Behandlungen, z. B. Bestrahlungen, Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Ergotherapie.

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

5. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

6. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Tarife Z-G, Z-G2 und Z-G5

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –

Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Diese Tarife können nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif ET-G, ET-G 65 oder ET-G Plus in einer ab dem 21. Dezember 2012 geltenden Fassung bestehen (Grundtarif). Entfällt diese Voraussetzung, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach den Tarifen Z-G, Z-G2, Z-G5.

2. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KK). Sie entfallen jedoch bei professioneller Reinigung von Zähnen und Zahnprothesen nach Punkt 3.2.

3. Versicherungsleistungen nach den Tarifen Z-G, Z-G2, Z-G5

3.1 Zahnersatz

Hierzu zählen prothetische und implantologische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Stiftzähne

und implantatgetragener Zahnersatz einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Bei Zahnersatz besteht Versicherungsschutz für Verblendungen bis zum jeweiligen Zahn 8. Die Material- und Laborkosten sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Sind zwischen dem Verband der Zahntechniker-Innungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

Tarife Z-G und Z-G2

Bei einer vertragszahnärztlichen Versorgung werden

- im Tarif Z-G 10 Prozent
- im Tarif Z-G2 20 Prozent

des Rechnungsbetrags übernommen, ausgehend von den Höchstsätzen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Das ist zurzeit der 3,5-fache Satz der GOZ¹.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der GKV oder nach anderen Tarifen des Unternehmens, werden zusammen mit diesen Leistungen nicht mehr als 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen erbracht.

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

Tarif Z-G5

Bei einer Regelversorgung im Sinne des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV und den Leistungen des Grundtarifs verbleibenden erstattungsfähigen und anhand des einheitlichen Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen (BEMA) berechneten Aufwendungen für Zahnersatz erbracht.

Bei einer über die Regelversorgung hinausgehenden oder andersartigen vertragszahnärztlichen Versorgung werden

- im Tarif Z-G5 50 Prozent

des Rechnungsbetrags übernommen, ausgehend von den Höchstsätzen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Das ist zurzeit der 3,5-fache Satz der GOZ¹. Zusammen mit den Leistungen des Grundtarifs und der GKV werden nicht mehr als 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz erbracht.

3.2 Professionelle Reinigung von Zähnen und Zahnprothesen bei den Tarifen Z-G2 und Z-G5

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diese professionelle Reinigung bis zu höchstens

- 50 Euro pro Kalenderjahr im Tarif Z-G2
- 80 Euro pro Kalenderjahr im Tarif Z-G5.

3.3 Gebissfunktionsprüfung bei dem Tarif Z-G5

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen (Gebissfunktionsprüfung) sind im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen nach Ziffer 3.1 im Tarif Z-G5 zu 100% erstattungsfähig.

4. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

5. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Tarife S-G und S-G2

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarife für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Die Tarife können nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif ET-G, ET-G 65 oder ET-G Plus bestehen (Grundtarif). Entfällt diese Voraussetzung, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach den Tarifen S-G bzw. S-G2.

2. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KK). Sie entfallen jedoch bei Versicherungsschutz auf vorübergehenden Auslandsreisen nach Punkt 4.4.

3. Versicherungsleistungen nach Tarif S-G

3.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Erstattet werden bis zu 145 Euro pro Kalenderjahr. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur dann, wenn auch aus dem Grundtarif Leistungen für Sehhilfen in Anspruch genommen werden können.

3.2 Glaukomvorsorge

Erstattet werden bis zu 50 Euro pro Kalenderjahr für Untersuchungen zur Früherkennung des „Grünen Stars“ (Glaukom).

4. Versicherungsleistungen nach Tarif S-G2

4.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Erstattet werden bis zu 195 Euro pro Kalenderjahr. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur dann, wenn auch aus dem Grundtarif Leistungen für Sehhilfen in Anspruch genommen werden können.

4.2 Lichtschutzbrillen

Erstattet werden die Aufwendungen für eine medizinisch sinnvolle Lichtschutzbrille (Sonnenbrille) bis zu 150 Euro. Hierzu zählen Brillengestelle und geschliffene Gläser mit einer Sehschärfenkorrektur von mindestens 0,5 Dioptrien. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nur, wenn seit der letzten Leistungsanspruchnahme mindestens 24 Monate vergangen sind.

4.3 Glaukomvorsorge

Erstattet werden bis zu 80 Euro pro Kalenderjahr für Untersuchungen zur Früherkennung des „Grünen Stars“ (Glaukom).

4.4 Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen

Es gelten die Bestimmungen über Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen des Grundtarifs. Diese werden jedoch wie folgt ergänzt:

4.4.1 Rettungs-, Bergungs- und Suchkosten

Ersatz von Rettungs-, Bergungs- und Suchkosten bis zu 2.500 Euro, sofern diese aufgrund von Erkrankung, Unfall oder Tod des Versicherten im Ausland anfallen.

4.4.2 Rücktransport ohne Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit

Die Kosten des Rücktransports eines Versicherten aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz des Versicherten oder das nächstgelegene geeignete Krankenhaus werden ohne Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit übernommen, wenn eine unter den Versicherungsschutz des Grundtarifs fallende stationäre Heilbehandlung im Aufenthaltsland nach ärztlichem Befund länger als 14 Tage dauern würde oder wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden. Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich ist.

4.4.3 Rooming-in

Für den Zeitraum, den sich eine minderjährige versicherte Person aufgrund einer unter den Versicherungsschutz des Grundtarifs fallenden stationären Heilbehandlung im Krankenhaus aufhält, werden die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus erstattet.

4.4.4 Krankenbesuch

Die Kosten für die Anreise eines Angehörigen aus Deutschland zum Ort des Krankenhausaufenthalts inklusive der Rückreise zurück zum Wohnort werden bis zu höchstens 1.500 Euro erstattet, sofern ein unter den Versicherungsschutz des Grundtarifs fallender stationärer Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage dauert und ein Krankenrücktransport

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

nicht durchgeführt werden kann. Die Kosten für die Unterbringung am Zielort sind jedoch nicht erstattungsfähig.

4.4.5 Rückholung von Kindern

Können mitversicherte Kinder unter 16 Jahren auf einer Reise infolge einer Erkrankung, eines Unfalls oder des Todes der versicherten erwachsenen Begleitperson weder von dieser noch von einer anderen mitreisenden Person betreut werden, sorgt der Versicherer für deren Abholung und Rückreise mit einer Begleitperson an ihren ständigen Wohnsitz und trägt die hierdurch entstandenen Kosten. Die Kosten einer selbstorganisierten Rückholung sind nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattungsfähig.

4.4.6 Krankenhaustagegeld

Für jeden Tag eines unter den Versicherungsschutz des Grundtarifs fallenden stationären Krankenhausaufenthalts im Ausland wird ein Krankenhaustagegeld von 25 Euro gezahlt, längstens jedoch für 30 Tage.

4.4.7 Ersatz-Krankenhaustagegeld

Wird für eine stationäre Behandlung im Ausland die im Grundtarif vorgesehene Kostenerstattung nicht in Anspruch genommen, erfolgt gegen Vorlage eines Nachweises, dass die Kosten durch einen anderen Kostenträger übernommen wur-

den, die Zahlung eines Ersatz-Krankenhaustagegelds in Höhe von 25 Euro, längstens jedoch für 30 Tage.

4.4.8 Leihgebühren für Hilfsmittel

Erstattet werden 100 Prozent der Leihgebühren für ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals erforderlich werden, mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten.

4.4.9 Überführungskosten

Die Erstattungshöchstgrenzen für Überführung an den ständigen Wohnsitz im Falle des Ablebens der versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes erhöhen sich inklusive der Leistung des Grundtarifs auf

- bis zu 10.000 Euro bei Tod im europäischen Ausland bzw.
- bis zu 15.000 Euro bei Tod im außereuropäischen Ausland.

5. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

6. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Tarif KL-G Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KK).

2. Versicherungsleistungen

2.1 Laseroperation zur Sehschärfenkorrektur

Erstattet werden Aufwendungen für eine Laseroperation am Auge zur Sehschärfenkorrektur, jedoch jährlich nicht mehr als 300 Euro jeweils im 1., 2. und 3. Kalenderjahr und 1.000 Euro ab dem 4. Kalenderjahr.

2.2 Kieferorthopädie

Hierzu gehören die medizinisch sinnvolle Kieferorthopädie sowie in diesem Zusammenhang durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Voraussetzung für einen Anspruch auf Leistungen ist die Einstufung in die Kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) 2, 3, 4 oder 5.

Besteht Anspruch auf eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Versiche-

rungsträgers, sind nur die bei dieser Vorleistung nicht berücksichtigungsfähigen sogenannten Mehrleistungen erstattungsfähig. Hierzu gehören insbesondere Mini-, Metall-, Gold-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen, Lingualtechnik, festsitzende Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzende Lückenhalter, farbige und farblose Bögen und Teilbögen, thermisch programmierbare und plastische Bögen und Teilbögen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Erstattet werden 60 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch jährlich nicht mehr als

300 Euro jeweils im 1., 2. und 3. Kalenderjahr und 1.000 Euro ab dem 4. Kalenderjahr.

Es gelten die doppelten Höchstsätze, wenn die kieferorthopädische Behandlung auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

3. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs.1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

Tarif ST-G1

Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KK).

2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistung der GKV Aufwendungen (s. § 5 Teil II AVB/KK) für:

2.1 Wahlleistungen (im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung)

- a) Gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer
- b) Privatärztliche Leistungen.

2.2 Leistungen der Hebamme.

2.3 Transport im Krankenwagen oder Rettungshubschrauber zum oder vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km.

2.4 Leistungen für vorstationäre Behandlung für längstens drei Behandlungstage und für nachstationäre Behandlung bis zu sieben Behandlungstagen.

2.5 Gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung des GKV-Versicherten für die ersten Tage eines Krankenhausaufenthalts einschl. solcher Mehrkosten, die anfallen, weil der Versicherte ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht.

Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

100 Prozent

ersetzt.

Werden keine Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, sind nur die Kosten erstattungsfähig, die den Allgemeinen bzw. Besonderen Pflegesatz (3. oder Allgemeine Pflegeklasse) des aufgesuchten Krankenhauses übersteigen.

3. Sonderfälle

3.1 Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer vier Wochen pro Kalenderjahr; für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

3.2 Wird die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- bzw. Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird bei Versicherten, die Beiträge für Erwachsene entrichten, ein Krankenhaustagegeld von 21 Euro gezahlt. Wird die privatärztliche Behandlung nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 21 Euro gezahlt.

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld für nicht in Anspruch genommene Leistungen gezahlt.

3.3 Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung eingeschlossen (§ 2 Abs. 2) MB/KK 2009).

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Tarif UST-G2

Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Verzicht auf Wartezeiten

Entsprechend den Bestimmungen des § 3 Teil I und II AVB/KK entfallen die Wartezeiten bei Unfällen.

2. Der Versicherungsfall

Abweichend von § 1 Teil I AVB/KK sind ausschließlich Aufwendungen erstattungsfähig, die durch einen nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfall verursacht worden sind.

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,

sowie Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

3. Ausschlüsse

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

3.1 Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie

durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht werden.

3.2 Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

3.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch Aufruhr, innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

3.4 Unfälle des Versicherten

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

b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszubehenden beruflichen Tätigkeit;

c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

3.5 Unfälle des Versicherten bei der Ausübung von Sport gegen Entgelt, wenn dieser zeitmäßig wie ein Beruf ausgeübt wird und dem überwiegenden Lebensunterhalt dient.

3.6 Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

3.7 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

3.8 Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

3.9 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

3.10 Infektionen

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Infektionen durch Insektenstiche oder -bisse bleiben ausgeschlossen.

Nicht als Unfallverletzung gelten dabei auch Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und dadurch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen. Für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Punkt 3.9 Satz 2 entsprechend.

3.11 Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse.

3.12 Vergiftungen durch den Konsum von Alkohol, Drogen, anderer such- oder rauscherzeugender Stoffe, sowie der Gebrauch von nicht ärztlich verordneten Medikamenten. Dieser Ausschluss gilt nicht für Versicherte, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Vergiftungen durch Lebensmittel sind in jedem Falle ausgeschlossen.

3.13 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

3.14 Schädigungen an Bandscheiben, sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von Punkt 1. Satz 2 die überwiegende Ursache ist.

3.15 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig wodurch diese verursacht wurden.

4. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistung der GKV unfallbedingte Aufwendungen (s. § 5 Teil II AVB/KK) für:

4.1 Wahlleistungen (im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung)

- a) gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer
- b) privatärztliche Leistungen.

4.2 Transport im Krankenwagen oder Rettungshubschrauber zum oder vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km.

4.3 Leistungen für vorstationäre Behandlung für längstens drei Behandlungstage und für nachstationäre Behandlung bis zu sieben Behandlungstagen.

4.4 Gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung des GKV-Versicherten für die ersten Tage eines Krankenhausaufenthaltes einschl. solcher Mehrkosten, die anfallen, weil der Versicherte ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht.

Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt.

Werden keine Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, sind nur die Kosten erstattungsfähig, die den allgemeinen bzw. besonderen Pflegesatz (3. oder allgemeine Pflegeklasse) des aufgesuchten Krankenhauses übersteigen.

5. Sonderfälle

5.1 Wird die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ein Krankenhaustagegeld von 21 Euro gezahlt. Wird die privatärztliche Behandlung nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 21 Euro gezahlt. Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld für nicht in Anspruch genommene Leistungen gezahlt.

5.2 Bei Inanspruchnahme eines Einbettzimmers werden pro Krankenhaustag 35 Euro von den im Einbettzimmer entstandenen Kosten abgezogen (Selbstbehalt).

6. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

7. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht. Ab Beginn des auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres ist der Beitrag für 51-Jährige, und ab Beginn des auf die Vollendung des 64. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres ist der Beitrag für 65-Jährige zu zahlen.

Tarif KHS Krankenhaustagegeldversicherung

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KK).

2. Versicherungsleistungen

Für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts wird ohne Kostennachweis ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe gezahlt.

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer vier Wochen pro Kalenderjahr.

Kein Krankenhaustagegeld wird bei stationärer Behandlung in Sanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen bzw. bei teilstationärer Behandlung gezahlt.

Das Krankenhaustagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 Euro versichert werden.

3. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Tarif KHS E Krankenhaustagegeldversicherung

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KK).

2. Der Versicherungsfall

Abweichend von § 1 Teil I AVB/KK gilt als Versicherungsfall ausschließlich ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt, der aufgrund eines nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfalls oder eines der folgenden Ereignisse erforderlich ist.

2.1 Unfall

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,

sowie Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Als Unfall gelten nicht Infektionen sowie Insektenstiche oder -bisse.

2.2 Herzinfarkt

2.3 Schlaganfall (Apoplex)

2.4 Krebs

Krebs im Sinne dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist ein histologisch nachgewiesener maligner (bösartiger) Tumor. Hierunter fallen auch maligne Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems.

2.5 Stationäre Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationssträger fallen unter den Versicherungsschutz, wenn

sie in einem ursächlichen Zusammenhang mit einem unter Punkt 2.1. bis 2.4. genannten leistungspflichtigen Versicherungsfall stehen. § 5 Teil I Abs. 1 Buchstabe d AVB/KK findet in diesem Fall keine Anwendung.

2.6 Begleitperson bei Kindern

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Tag der Unterbringung der Begleitperson gezahlt.

3. Versicherungsleistungen

Für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes wird ohne Kostennachweis ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe gezahlt.

Das Krankenhaustagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 Euro versichert werden.

4. Leistungsausschlüsse

4.1 Nicht unter den Versicherungsschutz nach Punkt 2.1 bis Punkt 2.6 fallen:

4.1.1 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig wodurch diese verursacht wurden.

4.1.2 Stationäre Behandlungen in Sanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen.

4.1.3 Teilstationäre Behandlungen.

4.2 Nicht unter den Versicherungsschutz nach Punkt 2.4 fallen:

Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion.

5. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht. Ab Beginn des auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres ist der Beitrag für 16-Jährige, und ab Beginn des auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres ist der Beitrag für 51-Jährige zu zahlen.

Tarif ET-B und ET-B 65

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarife für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit nach Tarif ET-B

Nach diesem Tarif können nur Beschäftigte folgender Unternehmen, Behörden oder Ministerien versichert werden, wenn diese Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben:

- Deutsche Bahn AG und deren Führungs- und Beteiligungsgesellschaften;
 - Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§ 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
 - sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden
 - oder
 - sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 Prozent beteiligt sind, betrieben werden,
- sowie deren Beteiligungsunternehmen, sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen;
- Unternehmen oder öffentliche Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen erstellen, bauen, betreiben, unterhalten oder vermarkten bzw. zum Bau, zur Unterhaltung und zur Sicherung beitragen;
 - Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung und seine nachgeordneten Behörden, sowie die „Autobahn Tank- und Rast Holding GmbH“;
 - Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören.

Darüber hinaus können Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“, sowie der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ und Mitglieder/Beschäftigte der BAHN-BKK nach diesem Tarif versichert werden. Nicht berufstätige Familienangehörige (Ehepartner und Kinder bis zum vollendeten 27. Lebensjahr) sind ebenfalls versicherbar.

Endet die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach Tarif ET-B. Es besteht jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in einem gleichartigen Tarif unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung fortzusetzen.

Versicherungsfähigkeit nach Tarif ET-B 65

Es gelten dieselben Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit wie nach Tarif ET-B, jedoch muss die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet haben.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB/KK bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen.

- Versicherte mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV:
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach Vorleistung der GKV; bei Brillengestellen ist keine Vorleistung erforderlich. Erstattet werden die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu höchstens 105 Euro pro Kalenderjahr.
- Versicherte ohne Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV:
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die erstmalige Ausstattung, notwendige Änderungen und die Folgeversorgung. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht insbesondere bei einer Änderung der Dioptrienzahl um mindestens 0,5 Dioptrien oder wenn seit dem letzten Bezug einer Sehhilfe, für die Leistungen in Anspruch genommen wurden, mindestens 24 Monate vergangen sind. Eine Veränderung um 0,5 Dioptrien liegt auch dann vor, wenn sich die Sehfähigkeit auf einem Auge um 0,25 Dioptrien verschlechtert und auf dem anderen Auge um 0,25 Dioptrien verbessert hat.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu höchstens 105 Euro pro Kalenderjahr erstattet.

3.2 Zahnersatz

Hierzu zählen prothetische und implantologische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Stiftzähne und implantatgetragener Zahnersatz einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Bei Zahnersatz besteht Versicherungsschutz für Verblendungen bis zum jeweiligen Zahn 8. Die Material- und Laborkosten sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Sind zwischen dem Verband der Zahntechniker-Innungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

Bei einer vertragszahnärztlichen Versorgung werden 20 Prozent des Rechnungsbetrages übernommen, ausgehend von den Höchstsätzen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Das ist zurzeit der 3,5-fache Satz der GOZ¹.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der GKV oder nach anderen Tarifen des Unternehmens, werden zusammen mit diesen Leistungen nicht mehr als 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen erbracht.

3.3 Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen

3.3.1 Geltungsbereich und Dauer

1. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
2. Versicherungsschutz besteht für die ersten 32 Tage vorübergehender Auslandsaufenthalte. Bei einem Auslandsaufenthalt über den Zeitraum von 32 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz entsprechend nur für die ersten 32 Tage.
3. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthalts oder mit Ende des Versicherungsvertrags. Ist die Rückreise aus dem Ausland bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

sich der Versicherungsschutz für leistungspflichtige Versicherungsfälle um längstens weitere 90 Tage.

3.3.2 Versicherungsleistungen

a) Krankheitskosten

Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100 Prozent für:

1. ärztliche Behandlung;
2. stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
3. Arznei- und Verbandmittel;
4. Heilmittel, nur soweit sie Anwendungen der physikalischen Medizin oder Inhalationen sind;
5. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik;
6. schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
7. ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt;
8. Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
9. den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt bzw. das Wegegeld des nächsterreichbaren Notfallarztes.

b) Rückführungskosten

Ersatz der Kosten eines Rücktransports der versicherten Person, sofern dieser im Verlauf einer leistungspflichtigen Heilbehandlung erforderlich wird.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich ist.

Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und an den Heimatwohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus erfolgen.

c) Überführungskosten

Ersatz der Kosten, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes entstehen:

1. durch die Überführung an den ständigen Wohnsitz des Versicherten

bis zu 5.150 Euro bei Tod im europäischen Ausland bzw.

bis zu 10.300 Euro bei Tod im außereuropäischen Ausland

oder
2. durch die Bestattung der versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

3.3.3 Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht für

1. Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
2. Behandlungen, von denen vor Antritt der Reise feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
3. Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
4. Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung oder Insemination);
5. Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen).

3.3.4 Sonstige Bestimmungen

Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag nach Tarif ET-B ist unabhängig vom Geschlecht. Der Beitrag nach Tarif ET-B 65 ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

Tarif ET-B Plus

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können nur Beschäftigte folgender Unternehmen, Behörden oder Ministerien versichert werden, wenn diese Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben:

- Deutsche Bahn AG und deren Führungs- und Beteiligungsgesellschaften;
- Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§ 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
 - sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden oder
 - sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 Prozent beteiligt sind, betrieben werden,
- sowie deren Beteiligungsunternehmen, sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen;
- Unternehmen oder öffentliche Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen erstellen, bauen, betreiben, unterhalten oder vermarkten bzw. zum Bau, zur Unterhaltung und zur Sicherung beitragen;
- Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung und seine nachgeordneten Behörden, sowie die „Autobahn Tank- und Rast Holding GmbH“;
- Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören.

Darüber hinaus können Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“, sowie der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ und Mitglieder/Beschäftigte der BAHN-BKK nach diesem Tarif versichert werden. Nicht berufstätige Familienangehörige (Ehepartner und Kinder bis zum vollendeten 27. Lebensjahr) sind ebenfalls versicherbar.

Endet die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach Tarif ET-B Plus. Es besteht jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in einem gleichartigen Tarif unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung fortzusetzen.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB/KK bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen.

- Versicherte mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV:
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach Vorleistung der GKV; bei Brillengestellen ist keine Vorleistung erforderlich. Erstattet werden die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu höchstens 155 Euro pro Kalenderjahr.

- Versicherte ohne Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV:

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die erstmalige Ausstattung, notwendige Änderungen und die Folgeversorgung. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht insbesondere bei einer Änderung der Dioptrienzahl um mindestens 0,5 Dioptrien oder wenn seit dem letzten Bezug einer Sehhilfe, für die Leistungen in Anspruch genommen wurden, mindestens 24 Monate vergangen sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu höchstens 155 Euro pro Kalenderjahr erstattet.

3.2 Sonstige Hilfsmittel (außer Sehhilfen)

Als Hilfsmittel gelten technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen (z. B. Hörgeräte, Prothesen, Bandagen, Einlagen und Krankenfahrstühle). Dazu gehören nicht Behandlungs- und medizinisch-technische Geräte sowie sanitäre Bedarfsmittel. Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Aufwendungen für Betriebsfähigkeit, Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln sowie für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig.

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch nicht mehr als

600 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und 1.200 Euro ab dem 3. Kalenderjahr.

3.3 Zahnersatz

Hierzu zählen prothetische und implantologische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Stützähne und implantatgetragener Zahnersatz einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Bei Zahnersatz besteht Versicherungsschutz für Verblendungen bis zum jeweiligen Zahn 8. Die Material- und Laborkosten sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Sind zwischen dem Verband der Zahntechniker-Innungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

Bei einer vertragszahnärztlichen Versorgung werden 30 Prozent des Rechnungsbetrages übernommen, ausgehend von den Höchstsätzen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Das ist zurzeit der 3,5-fache Satz der GOZ¹.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der GKV oder nach anderen Tarifen des Unternehmens, werden zusammen mit diesen Leistungen nicht mehr als 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen erbracht.

3.4 Ambulante Heilpraktikerleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH Stand 1985), wenn diese von Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Erstattungsfähig sind außerdem von Heilpraktikern oder Ärzten im Rahmen der oben genannten ambulanten Behandlung verordnete Arznei- und Verbandmittel, sofern hierfür kein Anspruch auf Leistungen der GKV besteht.

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

Der Versicherer leistet 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen nach 3.4, jedoch jährlich nicht mehr als

260 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und
780 Euro ab dem 3. Kalenderjahr;

für Kinder werden bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, jährlich nicht mehr als

130 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und
390 Euro ab dem 3. Kalenderjahr erstattet.

3.5 Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen

3.5.1 Geltungsbereich und Dauer

1. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
2. Versicherungsschutz besteht für die ersten 32 Tage vorübergehender Auslandsaufenthalte. Bei einem Auslandsaufenthalt über den Zeitraum von 32 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz entsprechend nur für die ersten 32 Tage.
3. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthalts oder mit Ende des Versicherungsvertrags. Ist die Rückreise aus dem Ausland bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz für leistungspflichtige Versicherungsfälle um längstens weitere 90 Tage.

3.5.2 Versicherungsleistungen

a) Krankheitskosten

Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100 Prozent für:

1. ärztliche Behandlung;
2. stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
3. Arznei- und Verbandmittel;
4. Heilmittel, nur soweit sie Anwendungen der physikalischen Medizin oder Inhalationen sind;
5. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik;
6. schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
7. ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt;
8. Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
9. den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt bzw. das Wegegeld des nächsterreichbaren Notfallarztes.

b) Rückführungskosten

Ersatz der Kosten eines Rücktransports der versicherten Person, sofern dieser im Verlauf einer leistungspflichtigen Heilbehandlung erforderlich wird.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich ist.

Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und an den Heimatwohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus erfolgen.

c) Überführungskosten

Ersatz der Kosten, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während des Auslandsaufenthalts entstehen:

1. durch die Überführung an den ständigen Wohnsitz des Versicherten
bis zu 5.150 Euro bei Tod im europäischen Ausland bzw.
bis zu 10.300 Euro bei Tod im außer-europäischen Ausland
oder
2. durch die Bestattung der versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

3.5.3 Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht für

1. Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
2. Behandlungen, von denen vor Antritt der Reise feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
3. Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
4. Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung oder Insemination);
5. Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen).

3.5.4 Sonstige Bestimmungen

Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

Tarife D-B2 und IT-B

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit nach Tarif D-B2 und Tarif IT-B

Diese Tarife können nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif ET-B, ET-B 65, ET-B Plus oder ZT-B bestehen (Grundtarif). Entfällt diese Voraussetzung, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach den Tarifen D-B2 und IT-B.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB/KK bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen nach Tarif D-B2

3.1 Aufwendungen für folgende im Rahmen einer zahnärztlicher Behandlung durchgeführte Maßnahmen

3.1.1 Kunststofffüllungen;

3.1.2 Behandlung der Zahnwurzel;

3.1.3 Parodontosebehandlung;

3.1.4 Narkose im zahnärztlichen Bereich;

Erstattet werden 100 Prozent des nach einer eventuellen Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags, jedoch jährlich nicht mehr als

250 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und
500 Euro im 3. Kalenderjahr;
ab dem 4. Kalenderjahr unbegrenzt.

3.2 Professionelle Reinigung von Zähnen und Zahnprothesen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diese professionelle Reinigung bis zu höchstens 80 Euro pro Kalenderjahr.

3.3 Fissurenversiegelungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Versiegelung von Zahnfissuren, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden. Die Erstattung ist auf 50 Euro pro Kalenderjahr begrenzt.

3.4 Mundkrebsvorsorge

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die zahnärztliche Durchführung einer Mundkrebsvorsorgeuntersuchung, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden. Die Erstattung ist auf 50 Euro pro Kalenderjahr begrenzt.

4. Versicherungsleistungen nach Tarif IT-B

4.1 Inlays/Onlays

Erstattungsfähig sind zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten für Einlagefüllungen aus Gold und/oder Keramik.

Erstattet werden 100 Prozent des nach einer eventuellen Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags, jedoch jährlich nicht mehr als

600 Euro jeweils im 1. und 2. Kalenderjahr und
1.200 Euro ab dem 3. Kalenderjahr.

4.2 Heilmittel

Erstattungsfähig sind Heilmittel nach Vorleistung der GKV. Hierbei handelt es sich um von Therapeuten erbrachte Behandlungen, z. B. Bestrahlungen, Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Ergotherapie.

Erstattet werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

5. Kündigung durch den Versicherten

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherte das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

6. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Tarife Z-B, Z-B2 und Z-B5

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Diese Tarife können nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif ET-B, ET-B 65 oder ET-B Plus in einer ab dem 21. Dezember 2012 geltenden Fassung bestehen (Grundtarif). Entfällt diese Voraussetzung, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach den Tarifen Z-B, Z-B2, Z-B5.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB/KK bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen nach den Tarifen Z-B, Z-B2, Z-B5

3.1 Zahnersatz

Hierzu zählen prothetische und implantologische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Stiftzähne und implantatgetragener Zahnersatz einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Bei Zahnersatz besteht Versicherungsschutz für Verblendungen bis zum jeweiligen Zahn 8. Die Material- und Laborkosten sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Sind zwischen dem Verband der Zahntechniker-Innungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

Tarife Z-B und Z-B2

Bei einer vertragszahnärztlichen Versorgung werden

– im Tarif Z-B 10 Prozent

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

- im Tarif Z-B2 20 Prozent

des Rechnungsbetrags übernommen, ausgehend von den Höchstsätzen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Das ist zurzeit der 3,5-fache Satz der GOZ¹.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der GKV oder nach anderen Tarifen des Unternehmens, werden zusammen mit diesen Leistungen nicht mehr als 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen erbracht.

Tarif Z-B5

Bei einer Regelversorgung im Sinne des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) werden 100 Prozent der nach Vorleistung der GKV und den Leistungen des Grundtarifs verbleibenden erstattungsfähigen und anhand des einheitlichen Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen (BEMA) berechneten Aufwendungen für Zahnersatz erbracht.

Bei einer über die Regelversorgung hinausgehenden oder andersartigen vertragszahnärztlichen Versorgung werden

- im Tarif Z-B5 50 Prozent

des Rechnungsbetrags übernommen, ausgehend von den Höchstsätzen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte

(GOZ). Das ist zurzeit der 3,5-fache Satz der GOZ¹. Zusammen mit den Leistungen des Grundtarifs und der GKV werden nicht mehr als 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz erbracht.

3.2 Professionelle Reinigung von Zähnen und Zahnprothesen bei den Tarifen Z-B2 und Z-B5

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für diese professionelle Reinigung bis zu höchstens

- 50 Euro pro Kalenderjahr im Tarif Z-B2
- 80 Euro pro Kalenderjahr im Tarif Z-B5.

3.3 Gebissfunktionsprüfung bei dem Tarif Z-B5

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen (Gebissfunktionsprüfung) sind im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen nach Ziffer 3.1 im Tarif Z-B5 zu 100% erstattungsfähig.

4. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

5. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Tarife S-B und S-B2

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhausausgabeversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Dieser Tarif kann nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif ET-B, ET-B 65, ET-B Plus, KVB oder KVB Plus bestehen (Grundtarif). Entfällt diese Voraussetzung, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach den Tarifen S-B und S-B2.

2. Wartezeiten

Es gelten dieselben Wartezeitenregelungen wie im Grundtarif.

3. Versicherungsleistungen nach Tarif S-B

3.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Erstattet werden bis zu 145 Euro pro Kalenderjahr. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur dann, wenn auch aus dem Grundtarif Leistungen für Sehhilfen in Anspruch genommen werden können.

3.2 Glaukomvorsorge

Erstattet werden bis zu 50 Euro pro Kalenderjahr für Untersuchungen zur Früherkennung des „Grünen Stars“ (Glaukom).

4. Versicherungsleistungen nach Tarif S-B2

4.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Erstattet werden bis zu 195 Euro pro Kalenderjahr. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur dann, wenn auch aus dem Grundtarif Leistungen für Sehhilfen in Anspruch genommen werden können.

4.2 Lichtschutzbrillen

Erstattet werden die Aufwendungen für eine medizinisch sinnvolle Lichtschutzbrille (Sonnenbrille) bis zu 150 Euro. Hierzu zählen Brillengestelle und geschliffene Gläser mit einer Sehschärfenkorrektur von mindestens 0,5 Dioptrien. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nur, wenn seit der letzten Leistungsanspruchnahme mindestens 24 Monate vergangen sind.

4.3 Glaukomvorsorge

Erstattet werden bis zu 80 Euro pro Kalenderjahr für Untersuchungen zur Früherkennung des „Grünen Stars“ (Glaukom).

4.4 Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen

Es gelten die Bestimmungen über Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen des Grundtarifs. Diese werden jedoch wie folgt ergänzt:

4.4.1 Rettungs-, Bergungs- und Suchkosten

Ersatz von Rettungs-, Bergungs- und Suchkosten bis zu 2.500 Euro, sofern diese aufgrund von Erkrankung, Unfall oder Tod des Versicherten im Ausland anfallen.

4.4.2 Rücktransport ohne Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit

Die Kosten des Rücktransports eines Versicherten aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz des Versicherten oder das nächstgelegene geeignete Krankenhaus werden ohne Nachweis einer medizinischen Notwendigkeit übernommen, wenn eine unter den Versicherungsschutz des Grundtarifs fallende stationäre Heilbehandlung im Aufenthaltsland nach ärztlichem Befund länger als 14 Tage dauern würde oder wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports überstei-

¹ Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anfrage.

gen würden. Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich ist.

4.4.3 Rooming-in

Für den Zeitraum, den sich eine minderjährige versicherte Person aufgrund einer unter den Versicherungsschutz des Grundtarifs fallenden stationären Heilbehandlung im Krankenhaus aufhält, werden die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus erstattet.

4.4.4 Krankenbesuch

Die Kosten für die Anreise eines Angehörigen aus Deutschland zum Ort des Krankenhausaufenthalts inklusive der Rückreise zurück zum Wohnort werden bis zu höchstens 1.500 Euro erstattet, sofern ein unter den Versicherungsschutz des Grundtarifs fallender stationärer Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als 14 Tage dauert und ein Krankenrücktransport nicht durchgeführt werden kann. Die Kosten für die Unterbringung am Zielort sind jedoch nicht erstattungsfähig.

4.4.5 Rückholung von Kindern

Können versicherte Kinder unter 16 Jahren auf einer Reise infolge einer Erkrankung, eines Unfalls oder des Todes der versicherten erwachsenen Begleitperson weder von dieser noch von einer anderen mitreisenden Person betreut werden, sorgt der Versicherer für deren Abholung und Rückreise mit einer Begleitperson an ihren ständigen Wohnsitz und trägt die hierdurch entstandenen Kosten. Die Kosten einer selbstorganisierten Rückholung sind nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattungsfähig.

4.4.6 Krankenhaustagegeld

Für jeden Tag eines unter den Versicherungsschutz des Grundtarifs fallenden stationären

Krankenhausaufenthalts im Ausland wird ein Krankenhaustagegeld von 25 Euro gezahlt, längstens jedoch für 30 Tage.

4.4.7 Ersatz-Krankenhaustagegeld

Wird für eine stationäre Behandlung im Ausland die im Grundtarif vorgesehene Kostenerstattung nicht in Anspruch genommen, erfolgt gegen Vorlage eines Nachweises, dass die Kosten durch einen anderen Kostenträger übernommen wurden, die Zahlung eines Ersatz-Krankenhaustagegeldes in Höhe von 25 Euro, längstens jedoch für 30 Tage.

4.4.8 Leihgebühren für Hilfsmittel

Erstattet werden 100 Prozent der Leihgebühren für ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals erforderlich werden, mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten.

4.4.9 Überführungskosten

Die Erstattungshöchstgrenzen für Überführung an den ständigen Wohnsitz im Falle des Ablebens der versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes erhöhen sich inklusive der Leistung des Grundtarifs auf bis zu 10.000 Euro bei Tod im europäischen Ausland bzw. bis zu 15.000 Euro bei Tod im außereuropäischen Ausland.

5. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

6. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Tarif BS

Krankheitskostenteilversicherung/Ergänzungstarif für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Dieser Tarif kann nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif ET-B, ET-B 65 oder ET-B Plus bestehen (Grundtarif). Entfällt diese Voraussetzung, so endet – auch für schwerwiegende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach Tarif BS.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB/KK bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Erstattet werden bis zu 150 Euro pro Kalenderjahr. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur dann, wenn aus dem Grundtarif Leistungen für Sehhilfen in Anspruch genommen werden können.

3.2 Stationärer Krankenhausaufenthalt

Erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausschließlich

Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer als Wahlleistung (im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils gültigen Fassung).

Andere Wahlleistungen sind nicht Bestandteil des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif.

3.3 Zahnärztliche Leistungen

Veneers (Verblendschalen) und Bleaching (Zahnaufhellung)

Abweichend von § 1 Abs. 2 AVB/KK sind diese Leistungen unabhängig von ihrer medizinischen Notwendigkeit bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 600 € alle 24 Monate (beginnend mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn) erstattungsfähig.

Das gilt nur, sofern diese Maßnahmen von einem niedergelassenen und approbierten Zahnarzt durchgeführt werden.

4. Sonderfälle

4.1 Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer vier Wochen pro Kalenderjahr.

4.2 Werden keine Kosten für die Unterkunft im Ein- bzw. Zweibettzimmer geltend gemacht, wird bei Versicherten, die Beiträge für Erwachsene entrichten, stattdessen ein Krankenhaustagegeld von 21 Euro gezahlt.

5. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

6. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Während des bestehenden Versicherungsvertrages erhöht sich der Beitrag ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 16., 50., 66. und 76. Lebensjahr vollendet. Ab diesen Zeitpunkten ist der Beitrag der jeweils erreichten Altersgruppe zu zahlen.

Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Tarif KL-B

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können nur Beschäftigte folgender Unternehmen, Behörden oder Ministerien versichert werden:

- Deutsche Bahn AG und deren Führungs- und Beteiligungsgesellschaften;
- Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§ 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
 - sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden
 - oder
 - sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 Prozent beteiligt sind, betrieben werden, sowie deren Beteiligungsunternehmen, sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen;
- Unternehmen oder öffentliche Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen erstellen, bauen, betreiben, unterhalten oder vermarkten bzw. zum Bau, zur Unterhaltung und zur Sicherung beitragen;
- Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung und seine nachgeordneten Behörden, sowie die „Autobahn Tank- und Rast Holding GmbH“;
- Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören.

Darüber hinaus können Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ sowie der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ und Mitglieder/Beschäftigte der BAHN-BKK nach diesem Tarif versichert werden. Nicht berufstätige Familienangehörige (Ehepartner und Kinder bis zum vollendeten 27. Lebensjahr) sind ebenfalls versicherbar.

Endet die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach Tarif KL-B. Es besteht jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in einem gleichartigen Tarif unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte fortzusetzen.

2. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KK).

3. Versicherungsleistungen

3.1 Laseroperation zur Sehschärfenkorrektur

Erstattet werden Aufwendungen für eine Laseroperation am Auge zur Sehschärfenkorrektur, jedoch jährlich nicht mehr als

300 Euro jeweils im 1., 2. und 3. Kalenderjahr und 1.000 Euro ab dem 4. Kalenderjahr.

3.2 Kieferorthopädie

Hierzu gehören die medizinisch sinnvolle Kieferorthopädie sowie in diesem Zusammenhang durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Voraussetzung für einen Anspruch auf Leistungen ist die Einstufung in die kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) 2, 3, 4 oder 5.

Besteht Anspruch auf eine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Versicherungsträgers, sind nur die bei dieser Vorleistung nicht berücksichtigungsfähigen sogenannten Mehrleistungen erstattungsfähig. Hierzu gehören insbesondere Mini-, Metall-, Gold-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen, Lingualtechnik, festsitzende Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzende Lückenhalter, farbige und farblose Bögen und Teilbögen, thermisch programmierbare und plastische Bögen und Teilbögen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Erstattet werden 60 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch jährlich nicht mehr als

300 Euro jeweils im 1., 2. und 3. Kalenderjahr und 1.000 Euro ab dem 4. Kalenderjahr.

Es gelten die doppelten Höchstsätze, wenn die kieferorthopädische Behandlung auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

4. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs.1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

5. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Tarif ST-B1

Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung für gesetzlich versicherte Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können nur Beschäftigte folgender Unternehmen, Behörden oder Ministerien versichert werden, wenn diese Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben:

- Deutsche Bahn AG und deren Führungs- und Beteiligungsgesellschaften;
 - Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§ 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
 - sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden oder
 - sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 Prozent beteiligt sind, betrieben werden,
- sowie deren Teilnehmungsunternehmen, sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen;
- Unternehmen oder öffentliche Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen erstellen, bauen, betreiben, unterhalten oder vermarkten bzw. zum Bau, zur Unterhaltung und zur Sicherung beitragen;
 - Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung und seine nachgeordneten Behörden, sowie die „Autobahn Tank- und Rast Holding GmbH“;
 - Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören.

Darüber hinaus können Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“, sowie der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ und Mitglieder/Beschäftigte der BAHN-BKK nach diesem Tarif versichert werden. Nicht berufstätige Familienangehörige (Ehepartner und Kinder bis zum vollendeten 27. Lebensjahr) sind ebenfalls versicherbar.

Endet die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach Tarif ST-B1. Es besteht jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in einem gleichartigen Tarif unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung fortzusetzen.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB/KK bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Aufwendungen (s. § 5 Teil II AVB/KK) für:

- 3.1 Wahlleistungen (im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils geltenden Fassung)
 - a) Gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer
 - b) Privatärztliche Leistungen.
- 3.2 Gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung des GKV-Versicherten für die ersten Tage eines Krankenhausaufenthaltes einschließlich solcher Mehrkosten, die anfallen, weil der Versicherte ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht.

Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 Prozent ersetzt.

Werden keine Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, sind nur die Kosten erstattungsfähig, die den Allgemeinen bzw. Besonderen Pflegesatz (3. oder allgemeine Pflegeklasse) des aufgesuchten Krankenhauses übersteigen.

4. Sonderfälle

- 4.1 Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer vier Wochen pro Kalenderjahr; für darüber hinausgehende Leistungen muss der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.
- 4.2 Wird die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- bzw. Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird bei Versicherten, die Beiträge für Erwachsene entrichten, ein Krankentagegeld von 21 Euro gezahlt. Wird die privatärztliche Behandlung nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankentagegeld von 21 Euro gezahlt. Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankentagegeld für nicht in Anspruch genommene Leistung gezahlt.
- 4.3 Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung eingeschlossen (§ 2 Abs. 2 MB/KK 2009).

5. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Tarif KVB

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten haben. Endet die Voraussetzung für die Versi-

cherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif.

2. Wartezeiten

Die Wartezeiten betragen drei Monate. Für Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen (Punkt 3.3) entfallen diese jedoch.

3. Versicherungsleistungen

Die Aufwendungen für versicherte Leistungen werden wie folgt erstattet, jedoch zusammen mit den Leistungen der

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und anderen Kostenträgern nicht mehr als 100 Prozent des Rechnungsbetrages:

3.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Erstattet werden bis zu 200 Euro pro Kalenderjahr. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nur bei einer Änderung der Dioptrienzahl um mindestens 0,5 Dioptrien oder wenn seit der letzten Leistungsanspruchnahme mindestens 24 Monate vergangen sind. Eine Veränderung um 0,5 Dioptrien liegt auch dann vor, wenn sich die Sehfähigkeit auf einem Auge um 0,25 Dioptrien verschlechtert und auf dem anderen Auge um 0,25 Dioptrien verbessert hat.

3.2 Zahnersatz

Hierzu zählen prothetische, implantologische und funktionsanalytische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Stiftzähne, implantatgetragener Zahnersatz und die Reparatur von Zahnersatz (entsprechend den Leistungen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Abschnitte F, K, J) einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Diese Leistungen sind erstattungsfähig nach Vorleistung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Erstattet werden 15 Prozent des Rechnungsbetrags der erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.3 Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen

3.3.1 Geltungsbereich und Dauer

Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Versicherungsschutz besteht für die ersten 42 Tage vorübergehender Auslandsaufenthalte. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthalts oder mit dem Ende des Versicherungsvertrags. Ist die Rückreise aus dem Ausland bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz, solange die versicherte Person nicht transportfähig ist.

3.3.2 Versicherungsleistungen

a) Krankheitskosten

Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100 Prozent für

1. ärztliche Behandlung;
2. stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
3. Arznei- und Verbandmittel;
4. Heilmittel, nur soweit sie Anwendungen der physikalischen Medizin oder Inhalationen sind;
5. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik;
6. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
7. ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt;
8. Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
9. den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, für die Heilbehand-

lung geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt bzw. das Wegegeld des nächsterreichbaren Notfallarztes.

b) Rückführungskosten

Ersatz der Kosten eines Rücktransportes der versicherten Person, sofern dieser im Verlauf einer leistungspflichtigen Heilbehandlung erforderlich wird.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich ist.

Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und an den Heimatwohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus erfolgen.

c) Überführungskosten

Ersatz der Kosten, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während des Auslandsaufenthalts entstehen:

1. durch die Überführung an den ständigen Wohnsitz des Versicherten bis zu 5.150 Euro bei Tod im europäischen Ausland bzw. bis zu 10.300 Euro bei Tod im außereuropäischen Ausland

oder

2. durch die Bestattung der versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

3.3.3 Leistungsausschlüsse bei vorübergehenden Auslandsreisen

Keine Leistungspflicht besteht für

1. Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
2. Behandlungen, von denen vor Antritt der Reise feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
3. Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
4. Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung oder Insemination);
5. Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen).

3.3.4 Sonstige Bestimmungen

Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, ist der Versicherer nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

4. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

5. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Tarif KVB Plus

Krankheitskostenversicherung/Ergänzungstarif für Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen – MB/KK 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können nur Personen versichert werden, die Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten haben. Endet die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif.

2. Wartezeiten

Die Wartezeiten betragen drei Monate. Für Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen (Punkt 3.4) entfallen diese jedoch.

3. Versicherungsleistungen

Die Aufwendungen für versicherte Leistungen werden wie folgt erstattet, jedoch zusammen mit den Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und anderen Kostenträgern nicht mehr als 100 Prozent des Rechnungsbetrags:

3.1 Sehhilfen

Hierzu zählen Brillengestelle, Brillengläser und Kontaktlinsen. Erstattet werden bis zu 250 Euro pro Kalenderjahr. Dieser Höchstbetrag erhöht sich auf bis zu 275 Euro, wenn Mehrstärkengläser in Anspruch genommen werden. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nur bei einer Änderung der Dioptrienzahl um mindestens 0,5 Dioptrien oder wenn seit der letzten Leistungsanspruchnahme mindestens 24 Monate vergangen sind. Eine Veränderung um 0,5 Dioptrien liegt auch dann vor, wenn sich die Sehfähigkeit auf einem Auge um 0,25 Dioptrien verschlechtert und auf dem anderen Auge um 0,25 Dioptrien verbessert hat.

3.2 Zahnersatz

Hierzu zählen prothetische, implantologische und funktionsanalytische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Stiftzähne, implantatgetragener Zahnersatz und die Reparatur von Zahnersatz (entsprechend den Leistungen und Bemessungsgrundsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Abschnitte F, K, J) einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten. Diese Leistungen sind erstattungsfähig nach Vorleistung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Erstattet werden 15 Prozent des Rechnungsbetrags der erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.3 Inlays/Onlays

Erstattungsfähig sind zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten für Einlagefüllungen aus Gold und/oder Keramik nach Vorleistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Erstattet werden 15 Prozent des Rechnungsbetrags der erstattungsfähigen Aufwendungen.

3.4 Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsreisen

3.4.1 Geltungsbereich und Dauer

Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Versicherungsschutz besteht für die ersten 42 Tage vorübergehender Auslandsaufenthalte. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des jeweiligen Auslandsaufenthalts oder mit dem Ende des Versicherungsvertrags. Ist die Rückreise aus dem Aus-

land bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz, solange die versicherte Person nicht transportfähig ist.

3.4.2 Versicherungsleistungen

a) Krankheitskosten

Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100 Prozent für

1. ärztliche Behandlung;
2. stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten;
3. Arznei- und Verbandmittel;
4. Heilmittel, nur soweit sie Anwendungen der physikalischen Medizin oder Inhalationen sind;
5. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -diagnostik;
6. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
7. ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburten;
8. Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
9. den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt bzw. das Wegegeld des nächsterreichbaren Notfallarztes.

b) Rückführungskosten

Ersatz der Kosten eines Rücktransportes der versicherten Person, sofern dieser im Verlauf einer leistungspflichtigen Heilbehandlung erforderlich wird.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich ist. Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und an den Heimatwohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus erfolgen.

c) Überführungskosten

Ersatz der Kosten, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während des Auslandsaufenthalts entstehen:

1. durch die Überführung an den ständigen Wohnsitz des Versicherten bis zu 5.150 Euro bei Tod im europäischen Ausland bzw. bis zu 10.300 Euro bei Tod im außereuropäischen Ausland
oder
2. durch die Bestattung der versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

3.4.3 Leistungsausschlüsse bei vorübergehenden Auslandsreisen

Keine Leistungspflicht besteht für

1. Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
2. Behandlungen, von denen vor Antritt der Reise feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
3. Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
4. Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung oder Insemination);
5. Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen).

3.4.4 Sonstige Bestimmungen

Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, ist der Versicherer nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

3.5 Kurtagegeld

Es wird ein Kurtagegeld in Höhe von 10 Euro je Tag für die Dauer einer ärztlich verordneten Kur gezahlt, höchstens jedoch für 28 Tage innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Das Kurtagegeld wird bei Unterbringung in unter ständiger Aufsicht stehenden Krankenanstalten, Sanatorien, Kurheimen, Kuranstalten oder Heilstätten gegen Unterbringungsnachweis gezahlt.

4. Kündigung durch den Versicherer

Abweichend von § 14 Teil II Abs. 1 AVB/KK kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

5. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen 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 der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.
- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
- (8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

Teil II

- (1) *Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Für erhöhte Risiken können bei Abschluss der Versicherung Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.*
- (2) *Die Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes setzt mit Ablauf der tariflichen Karenzzeit ein. Tritt jedoch innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.*
- (3) *Der Versicherer gewährt im Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent ein Übergangsgeld in Höhe der Hälfte des versicherten Krankentagegeldes, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht für längstens vier Wochen.*
- (4) *Die für das europäische Ausland bei stationärer Behandlung vorgesehene Leistung wird für die Dauer von zwei Monaten auch im außereuropäischen Ausland gezahlt.*

§ 1a

Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

Teil I

- (1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaufschlag der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.
- (2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaufschlag zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.
- (3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaufschlag das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.
- (4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.
- (5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

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.

Teil II

- (1) *Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr geschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt wird. (vgl. auch §§ 13 und 14 Teil I und II). Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.*
- (2) *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 Wartezeiten

Teil I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

- (1) *Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Falle bleibt der Antragssteller sechs Wochen – vom Tage des Eingangs 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 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.*
- (2) *Das Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst von Beamten mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge wird dem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.*

- (3) *Bei nachträglicher Mitversicherung von Personen gelten die Bestimmungen des § 3 Teil I Abs. 1 bis 6 entsprechend.*

- (4) *Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt für eine Person vor, wenn sie die gesetzlich vorgeschriebene Pflicht zur Versicherung gegen Krankheitskosten erfüllt.*

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
- (4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

- (5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
- (6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
- (8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbe-

handlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- (10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

- (1) *Anstelle des Nettoeinkommens gilt bei Selbstständigen und freiberuflich Tätigen als Bemessungsgrundlage der vereinbarte Vomhundertsatz – höchstens jedoch 75 Prozent – des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern.*
- (2) a) *Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.*
- b) *Entsprechend § 4 Teil I Abs. 3 ist bei einer nicht nur vorübergehenden Verlängerung der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.*
- c) *Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Gehalt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, so kann er entsprechend § 4 Teil I Abs. 4 ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis auf die der Gehaltsfortzahlung entsprechend längere Karenzzeit umstellen.*
- d) *Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.*
- (3) *In den Krankentagegeldtarifen mit einer Karenzzeit von mindestens sechs Wochen und einem versicherten Krankentagegeld von mindestens 40 Euro kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine prozentual entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragt werden. Hierbei wird auf die Wartezeiten sowie eine neuerliche Gesundheitsprüfung verzichtet, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten zum nächsten Monatsersten gestellt wird.*
- (4) a) *Zur Beteiligung der Versicherten am Überschuss der Gesellschaft wird satzungsgemäß 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, Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung).*
- c) *Die Form der Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den zu verwendenden Beitrag, die teilnahmeberechtigten Personen, den Zeitpunkt sowie die weiteren Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung legt der Vorstand mit Zustimmung des Treuhänders fest.*

d) *Die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung werden den Versicherungsnehmern bekannt gegeben.*

- (5) *Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Teil I Abs. 9 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht.*

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich unbeschadet des Absatzes 2 in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort auch bei einem Krankenhausaufenthalt besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II

- (1) *Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Teil I Abs. 1 Buchstabe c) entfällt.*
- (2) *Abweichend von § 5 Teil I Abs. 1 Buchstabe d) besteht ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz in tariflichem Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.*
- (3) *Sind nach einer mindestens vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit medizinisch dringend erforderlich, wird Krankentagegeld gezahlt, wenn der Versicherer deren Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes schriftlich anerkannt hat. Etwaige Leistungen gesetzlicher*

Rehabilitationsträger (z. B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II

- (1) *Das Krankentagegeld wird nachschüssig nach Eingang der ärztlichen Bescheinigung bis zum Ausstellungsdatum, längstens jedoch bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit gezahlt.*
- (2) *Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.*
- (3) *Übersetzungskosten werden nicht erhoben, soweit die fremdsprachliche Urkunde zum Nachweis der Voraussetzung der Entschädigungspflicht dient.*

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

Teil I

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

Teil II

- (1) *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.*
- (2) *Beginnt die Versicherung vor Ablauf der Frist gemäß § 8 Teil I Abs. 3, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Versicherungsbeginn fällig, jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheins.*
- (3) *Mahnkosten werden nicht erhoben.*

§ 8a

Beitragsberechnung

Teil I

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II

Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

§ 8b
Beitragsanpassung
Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

Ergibt die Gegenüberstellung nach § 8b Teil I Abs. 1 eine Veränderung von mehr als 10 Prozent, so werden alle Tarifbeiträge der Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Veränderung von mehr als 5 Prozent können alle Tarifbeiträge der Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Der gesetzliche Vomhundertsatz gemäß § 155 Abs. 4 VAG bleibt unberührt.

§ 9
Obliegenheiten
Teil I

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Teil II

- (1) *Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens am Tag des vereinbarten Leistungsbeginns anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen mindestens jedoch in 14-tägigen Abständen und möglichst auf dem dafür vorgesehenen Vordruck nachzuweisen.*
- (2) *Die versicherte Person muss die Nachuntersuchung innerhalb von drei Werktagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen lassen.*
- (3) *Ein Wechsel des Behandelnden, der aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist, muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.*

§ 10
Folgen von Obliegenheitsverletzungen
Teil I

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

§ 11
Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
Teil I

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

Teil II

Der Bezug von Altersrente (vgl. § 15 Abs. 1 Teil I Buchstabe c)) ist dem Versicherer ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.

§ 12
Aufrechnung
Teil I

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 Versicherungsver eins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13
Kündigung durch den Versicherungsnehmer
Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II

Abweichend von § 13 Teil I Abs. 6 ist die Erklärung innerhalb von 6 Monaten nach Kündigung abzugeben. Die rückständigen Prämien sind nachzuentrichten.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

Teil II

Ist eine versicherte Person gemäß § 3 Teil I Abs. 5 aus der gesetzlichen Krankenversicherung übergetreten, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht, solange für die versicherte Person Krankheitskostenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung beim Versicherer besteht.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
- bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
 - mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;
 - mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
 - bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Teil II

- (1) *Beim Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.*
- (2) *Wird ein Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die 3-Monats-Frist auf 12 Monate. § 15 Teil I Abs. 1 Buchstabe b) bleibt unberührt.*
- (3) *Das Versicherungsverhältnis endet mit Vollendung des 65. Lebensjahres. § 15 Teil I Abs. 1 Buchstabe c) Satz 2 bleibt unberührt.*

- (4) *Liegt ein Ehescheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung einer Lebenspartnerschaft gemäß § 15 Lebenspartnerschaftsgesetz vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.*

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17

Gerichtsstand

Teil I

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

nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT) Teil III

Tarif KT Krankentagegeldversicherung für Selbstständige, freiberuflich Tätige und Arbeitnehmer

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT):

Teil I Musterbedingungen – MB/KT 2009 –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen KT15 und KT29 sind nur Selbstständige und freiberuflich Tätige mit einem Einkommen aus beruflicher Tätigkeit versicherungsfähig.

Nach den Tarifen KT43, KT92, KT183 und KT365 sind daneben Arbeitnehmer in einem festen Angestelltenverhältnis versicherungsfähig.

2. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten (vgl. § 3 AVB/KT).

3. Versicherungsleistungen

Das versicherte Krankentagegeld wird ohne zeitliche Begrenzung – auch für Sonn- und Feiertage – vom Tag einer

völligen Arbeitsunfähigkeit an gezahlt, der durch die Tarifstufe bezeichnet wird, z. B.

nach Tarifstufe KT15 vom 15. Tag.

Entsprechend der Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber ist die Vereinbarung von weiteren Karenzzeiten möglich. Hierbei wird bei gleichbleibenden Beiträgen im Tarif mit der nächstkürzeren Karenzzeit ein entsprechend höherer Tagessatz gezahlt. Diese Tagessätze sind in den technischen Berechnungsgrundlagen des Tarifs KT festgelegt und werden auf Anfrage bekannt gegeben.

Für den Fall einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wird das Krankentagegeld nach den Tarifen KT15 und KT29 ab dem 3. Tag des Krankenhausaufenthalts auch vor Ablauf der Karenzzeit für die Dauer des Krankenhausaufenthalts gezahlt.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Absatz 3) einzuhalten. 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.

Teil II

- (1) *Aufnahmefähig sind Personen, die in der Pflegepflichtversicherung nach den Vorschriften des XI. Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) versichert oder versicherungspflichtig sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Für erhöhte Risiken können bei Abschluss der Versicherung Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.*
- (2) *Abweichend von § 1 Teil I Absatz 5 erstreckt sich der Versicherungsschutz in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie der Schweiz.*

§ 1a

Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

Teil I

- (1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.
- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

- (a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- (b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
- (c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
- (d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
- (e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
- (f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Absatz 2 und Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

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

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Absatz 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

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

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

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

Teil II

(1) Der Vertrag wird pro Person erstmals für ein Versicherungsjahr geschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je

ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt wird (vgl. auch §§ 13 und 14 Teil I und II).

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

§ 3

Wartezeit

Teil I

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

Abweichend von § 3 Teil I besteht keine Wartezeit.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) 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 eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

Keine Leistungspflicht besteht

- (1) für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- (2) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- (3) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
- (4) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht.

Teil II

Abweichend von § 5 Teil I Ziffer 3) besteht in der Pfl egetagegeldversicherung Leistungspflicht auch bei einem Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie der Schweiz.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit einge-

treten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (5) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II

Die Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad kann in der Pflegegeldversicherung durch Vorlage der entsprechenden Unterlagen der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung nachgewiesen werden.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

Teil I

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

Teil II

- (1) *Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.*
- (2) *Für Kinder ist bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für Kinder zu zahlen. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.*
- (3) *Beginnt die Versicherung vor Ablauf der Frist gem. § 8 Teil I Absatz 3, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Versicherungsbeginn fällig, jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheins.*

§ 8a

Beitragsberechnung

Teil I

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; 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.

Teil II

Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Alter ein Nachlass eingeräumt wird.

§ 8b

Beitragsanpassung

Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen 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 Beobach-

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

- (2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- (3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

Ergibt die Gegenüberstellung nach § 8b Teil I Absatz 1 eine Veränderung von mehr als 10 Prozent, so werden alle Tarifbeiträge der Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung von mehr als 5 Prozent können alle Tarifbeiträge der Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Der gesetzliche Vomhundertsatz gemäß § 155 Absatz 4 VAG bleibt unberührt.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

- (1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Absatz 1 und Absatz 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Teil II

Die Obliegenheit nach § 9 Teil I Absatz 4 entfällt in der Pflegegeldversicherung, wenn die Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad durch Vorlage der entsprechenden Unterlagen der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung nachgewiesen wird.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Wird die in § 9 Absatz 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11

Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

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

§ 12 Aufrechnung

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

- (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) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei

Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II

- (1) *Auf die Vereinbarung einer Vertragsdauer von mindestens zwei Jahren wird verzichtet (vgl. § 2 Teil II).*
- (2) *Abweichend von § 13 Teil I Absatz 6 ist die Erklärung innerhalb von 6 Monaten nach Kündigung abzugeben. Die rückständigen Prämien sind nachzuentrichten.*

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) In der Pflagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17

Gerichtsstand

Teil I

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

- (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

Überleitungsregel für Leistungsbezieher

- (1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

- (2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherte Person (§ 6 Absatz 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weichen die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.
- (3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Pflagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Absatz 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (AVB/PT) Teil III

Tarif PT Pflegetagegeldversicherung

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 Teil I AVB/PT bestehen keine Wartezeiten.

2. Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 Euro versichert werden.

2.1 Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit (siehe § 1a Teil I Abs. 1 AVB/PT) für häusliche oder teilstationäre Pflege in Abhängigkeit des Pflegegrades (siehe § 1a Teil I Abs. 3 AVB/PT) zu

- 100 Prozent in Pflegegrad 5
- 75 Prozent in Pflegegrad 4
- 50 Prozent in Pflegegrad 3
- 25 Prozent in Pflegegrad 2
- 15 Prozent in Pflegegrad 1

des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.

2.2 Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit (siehe § 1a Teil I Abs. 1 AVB/PT) für vollstationäre Pflege – unabhängig vom Pflegegrad – zu 100 Prozent gezahlt.

2.3 Der Versicherungsnehmer hat alle drei Jahre das Recht, das versicherte Pflegetagegeld der allgemeinen Einkommensentwicklung anzupassen. Als Berechnungsgrundlage dient die prozentuale Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) im gleichen Zeitraum. Der so ermittelte Betrag wird auf volle 5 Euro gerundet. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Der Beitrag für das erhöhte Pflegetagegeld berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter. Bestehende Risikozuschläge werden mitangepasst. Die Anpassung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit, jeweils zum Beginn des 4. Versicherungsjahres nach Abschluss der Pflegetagegeldversicherung oder nach einer Anpassung. Der Versicherungsnehmer erhält über die Anpassung unaufgefordert einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Anpassung wird nicht wirksam, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht. Macht der Versicherungsnehmer von zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen keinen Gebrauch, erlischt sein Recht auf weitere Anpassungen.

3. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Tarif PT 3 Pflegetagegeldversicherung

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 Teil I AVB/PT bestehen keine Wartezeiten.

2. Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 Euro versichert werden.

2.1 Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit (siehe § 1a Teil I Abs. 1 AVB/PT) in Abhängigkeit des Pflegegrades (siehe § 1a Teil I Abs. 3 AVB/PT) zu

- 100 Prozent in Pflegegrad 5
- 50 Prozent in Pflegegrad 4

des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.

In den Pflegegraden 1 bis 3 wird kein Pflegetagegeld gezahlt.

2.2 Der Versicherungsnehmer hat alle drei Jahre das Recht, das versicherte Pflegetagegeld der allgemeinen Einkommensentwicklung anzupassen. Als Berechnungsgrundlage dient die prozentuale Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) im gleichen Zeitraum. Der so ermittelte Betrag wird auf volle 5 Euro gerundet. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Der Beitrag für das erhöhte Pflegetagegeld berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter. Bestehende Risikozuschläge werden mitangepasst. Die Anpassung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit, jeweils zum Beginn des 4. Versicherungsjahres nach Abschluss der Pflegetagegeldversicherung oder nach einer Anpassung. Der Versicherungsnehmer erhält über die Anpassung unaufgefordert einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Anpassung wird nicht wirksam, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht. Macht der Versicherungsnehmer von zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen keinen Gebrauch, erlischt sein Recht auf weitere Anpassungen.

3. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Option auf Wechsel von Tarif PT 3 in den Tarif PT

Die Option gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

1.1 Die Optionsvereinbarung kann nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif PT 3 bestehen.

1.2 Das Höchst Eintrittsalter beträgt 49 Jahre.

2. Versicherte Option

Die versicherte Person hat das Recht, zum 1.1. des Jahres, in dem sie das 30., 40. oder 50. Lebensjahr vollendet, ohne

erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif PT zu wechseln. Die dabei vereinbarte Tagegeldhöhe darf die zum Zeitpunkt des Wechsels im Tarif PT 3 vereinbarte nicht überschreiten.

3. Ausübung des Optionsrechts

Der Antrag ist spätestens bis zum Ende des zweiten Monats des betreffenden Jahres zu stellen. Der im Tarif PT zu zahlende Tarifbeitrag wird ausgehend vom dann geltenden Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vorhandenen Alterungsrückstellung berechnet. Eventuell vereinbarte Beitragszuschläge werden entsprechend den Tarifbeiträgen angepasst.

4. Beendigung der Optionsvereinbarung

- 4.1 Endet die Voraussetzung nach 1.1, endet auch die Optionsvereinbarung.
- 4.2 Im Übrigen gelten die Regelungen zum Ende der Versicherung nach Maßgabe der AVB/PT Teil I und II.

5. Beitragsberechnung

Der monatliche Beitrag beträgt 10 Prozent des jeweils aktuellen Beitrages für den Tarif PT 3. Die Beitragszahlung endet mit Ablauf des Jahres, in dem sie das 49. Lebensjahr vollenden.

Tarif PT Plus Pflegetagegeldversicherung

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Dieser Tarif kann nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif PT bestehen (Grundtarif). Entfällt diese Voraussetzung, so endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach Tarif PT Plus.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 Teil I AVB/PT bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld kann nur in derselben Höhe versichert werden, wie im Grundtarif. Ändert sich die Höhe des versicherten Tagegeldes im Grundtarif, so muss sie im Tarif PT Plus entsprechend mit angepasst werden.

- 3.1 Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit (siehe § 1a Teil I Abs. 1 AVB/PT) in Abhängigkeit des Pflegegrades (siehe § 1a Teil I Abs. 3 AVB/PT) zu

- 5 Prozent in Pflegegrad 3
- 10 Prozent in Pflegegrad 2
- 10 Prozent in Pflegegrad 1

des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.

3.2 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit

Bei erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 wird zusätzlich zum Pflegetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 100fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

Wurde der Tarif PT Plus nach dem 1. Dezember 2013 abgeschlossen, wird die Einmalzahlung in Höhe des 100fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes auch bei erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1 gezahlt.

Ein Anspruch auf die Einmalzahlung besteht – unabhängig davon, nach welchem Pflegegrad Pflegebedürftigkeit erstmalig festgestellt wird – nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

3.3 Beitragsbefreiung

Wird für eine versicherte Person Pflegetagegeld nach diesem Tarif oder dem Grundtarif gezahlt, wird sowohl dieser Tarif als auch der Grundtarif für diese Person beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Zahlung des Pflegetagegeldes beginnt. Sie endet am Letzten des Monats, in welchem die Zahlung des Pflegetagegeldes endet.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Tarif UPT Pflegetagegeldversicherung

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 Teil I AVB/PT bestehen keine Wartezeiten.

2. Der Versicherungsfall

Versicherungsfall ist abweichend von § 1 Teil I Abs. 2 AVB/PT ausschließlich die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person, die durch einen nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfall verursacht worden ist.

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

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden,

sowie Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

3. Ausschlüsse

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- 3.1 Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlag-

anfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht werden.

- 3.2 Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

- 3.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch Aufruhr, innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

3.4 Unfälle des Versicherten

- a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs ausübenden beruflichen Tätigkeit;
- c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

- 3.5 Unfälle des Versicherten bei der Ausübung von Sport gegen Entgelt, wenn dieser zeitmäßig wie ein Beruf ausgeübt wird und dem überwiegenden Lebensunterhalt dient.

- 3.6 Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen

Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

- 3.7 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 3.8 Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
- 3.9 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.

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

3.10 Infektionen

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Infektionen durch Insektenstiche oder -bisse bleiben ausgeschlossen.

Nicht als Unfallverletzung gelten dabei auch Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und dadurch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen. Für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Punkt 3.9 Satz 2 entsprechend.

- 3.11 Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse.
- 3.12 Vergiftungen durch den Konsum von Alkohol, Drogen, anderer such- oder rauscherzeugender Stoffe, sowie der Gebrauch von nicht ärztlich verordneten Medikamenten. Dieser Ausschluss gilt nicht für Versicherte, die das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Vergiftungen durch Lebensmittel sind in jedem Fall ausgeschlossen.

3.13 Bauch- oder Unterleibsbrüche

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

3.14 Schädigungen an Bandscheiben, sowie Blutungen innerer Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von Punkt 2. Satz 2 die überwiegende Ursache ist.

3.15 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig wodurch diese verursacht wurden.

4. Versicherungsleistungen

Das Pfl egetagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 Euro versichert werden.

4.1 Das Pfl egetagegeld wird bei einer durch einen Unfall verursachten Pflegebedürftigkeit (siehe § 1a Teil I Abs. 1 AVB/PT) für häusliche oder teilstationäre Pflege in Abhängigkeit des Pflegegrades (siehe § 1a Teil I Abs. 3 AVB/PT) zu

- 100 Prozent in Pflegegrad 5
- 75 Prozent in Pflegegrad 4
- 50 Prozent in Pflegegrad 3
- 25 Prozent in Pflegegrad 2
- 15 Prozent in Pflegegrad 1

des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.

4.2 Das Pfl egetagegeld wird bei einer durch einen Unfall verursachten vollstationären Pflege unabhängig vom Pflegegrad zu 100 Prozent gezahlt.

5. Ende der Versicherung

Wird eine versicherte Person dauerhaft pflegebedürftig und ist diese Pflegebedürftigkeit nicht durch einen Unfall verursacht worden, endet für diese Person das Versicherungsverhältnis.

6. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Ab Beginn des auf die Vollendung des 50., 64., 74. und 84. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres ist der Beitrag der nächsthöheren Altersstufe zu zahlen.

Tarif PT-B Pfl egetagegeldversicherung für Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pfl egetagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können nur Beschäftigte folgender Unternehmen, Behörden oder Ministerien versichert werden:

- Deutsche Bahn AG und deren Führungs- und Beteiligungsgesellschaften;
 - Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§ 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
 - sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden oder
 - sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 Prozent beteiligt sind, betrieben werden,
- sowie deren Leistungsunternehmen, sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen;
- Unternehmen oder öffentliche Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen erstellen, bauen, betreiben, unterhalten oder vermarkten bzw. zum Bau, zur Unterhaltung und zur Sicherung beitragen;
 - Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung und seine nachgeordneten Behörden, sowie die „Autobahn Tank- und Rast Holding GmbH“;

- Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören.

Darüber hinaus können Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“, sowie der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ und Mitglieder/Beschäftigte der BAHN-BKK nach diesem Tarif versichert werden. Nicht berufstätige Familienangehörige (Ehepartner und Kinder bis zum vollendeten 27. Lebensjahr) sind ebenfalls versicherbar.

Endet die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach Tarif PT-B. Es besteht jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in einem gleichartigen Tarif unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung fortzusetzen.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 Teil I AVB/PT bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen

Das Pfl egetagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 Euro versichert werden.

3.1 Das Pfl egetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit (siehe § 1a Teil I Abs. 1 AVB/PT) für häusliche oder teilstationäre Pflege in Abhängigkeit des Pflegegrades (siehe § 1a Teil I Abs. 3 AVB/PT) zu

- 100 Prozent in Pflegegrad 5
- 75 Prozent in Pflegegrad 4
- 50 Prozent in Pflegegrad 3
- 25 Prozent in Pflegegrad 2
- 15 Prozent in Pflegegrad 1

des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.

- 3.2 Das Pflagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit (siehe § 1a Teil I Abs. 1 AVB/PT) für vollstationäre Pflege – unabhängig vom Pflegegrad – zu 100 Prozent gezahlt.
- 3.3 Der Versicherungsnehmer hat alle drei Jahre das Recht, das versicherte Pflagegeld der allgemeinen Einkommensentwicklung anzupassen. Als Berechnungsgrundlage dient die prozentuale Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) im gleichen Zeitraum. Der so ermittelte Betrag wird auf volle 5 Euro gerundet. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Der Beitrag für das erhöhte Pflagegeld berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter. Bestehende Risikozuschläge werden mitangepasst. Die Anpassung erfolgt ohne

erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit, jeweils zum Beginn des 4. Versicherungsjahres nach Abschluss der Pflagegeldversicherung oder nach einer Anpassung. Der Versicherungsnehmer erhält über die Anpassung unaufgefordert einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Anpassung wird nicht wirksam, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht. Macht der Versicherungsnehmer von zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen keinen Gebrauch, erlischt sein Recht auf weitere Anpassungen.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Tarif PT-B 3 Pflagegeldversicherung für Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können nur Beschäftigte folgender Unternehmen, Behörden oder Ministerien versichert werden:

- Deutsche Bahn AG und deren Führungs- und Beteiligungsgesellschaften;
- Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
 - sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden oder
 - sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 Prozent beteiligt sind, betrieben werden,
- sowie deren Beteiligungsunternehmen, sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen;
- Unternehmen oder öffentliche Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen erstellen, bauen, betreiben, unterhalten oder vermarkten bzw. zum Bau, zur Unterhaltung und zur Sicherung beitragen;
- Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung und seine nachgeordneten Behörden, sowie die „Autobahn Tank- und Rast Holding GmbH“;
- Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören.

Darüber hinaus können Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“, sowie der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ und Mitglieder/Beschäftigte der BAHN-BKK nach diesem Tarif versichert werden. Nicht berufstätige Familienangehörige (Ehepartner und Kinder bis zum vollendeten 27. Lebensjahr) sind ebenfalls versicherbar.

Endet die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versi-

cherungsverhältnis nach Tarif PT-B 3. Es besteht jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in einem gleichartigen Tarif unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung fortzusetzen.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 Teil I AVB/PT bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen

Das Pflagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 Euro versichert werden.

- 3.1 Das Pflagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit (siehe § 1a Teil I Abs. 1 AVB/PT) in Abhängigkeit des Pflegegrades (siehe § 1a Teil I Abs. 3 AVB/PT) zu

- 100 Prozent in Pflegegrad 5
- 50 Prozent in Pflegegrad 4

des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.

In den Pflegegraden 1 bis 3 wird kein Pflagegeld gezahlt.

- 3.2 Der Versicherungsnehmer hat alle drei Jahre das Recht, das versicherte Pflagegeld der allgemeinen Einkommensentwicklung anzupassen. Als Berechnungsgrundlage dient die prozentuale Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) im gleichen Zeitraum. Der so ermittelte Betrag wird auf volle 5 Euro gerundet. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Der Beitrag für das erhöhte Pflagegeld berechnet sich nach dem zum Zeitpunkt der Anpassung maßgeblichen Eintrittsalter. Bestehende Risikozuschläge werden mitangepasst. Die Anpassung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit, jeweils zum Beginn des 4. Versicherungsjahres nach Abschluss der Pflagegeldversicherung oder nach einer Anpassung. Der Versicherungsnehmer erhält über die Anpassung unaufgefordert einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Die Anpassung wird nicht wirksam, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht. Macht der Versicherungsnehmer von zwei aufeinanderfolgenden Anpassungen keinen Gebrauch, erlischt sein Recht auf weitere Anpassungen.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Option auf Wechsel von Tarif PT-B 3 in den Tarif PT-B

Die Option gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Die Optionsvereinbarung kann nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif PT-B 3 bestehen.
- 1.2 Das Höchsteintrittsalter beträgt 49 Jahre.

2. Versicherte Option

Die versicherte Person hat das Recht, zum 1.1. des Jahres, in dem sie das 30., 40. oder 50. Lebensjahr vollendet, ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif PT-B zu wechseln. Die dabei vereinbarte Tagegeldhöhe darf die zum Zeitpunkt des Wechsels im Tarif PT-B 3 vereinbarte nicht überschreiten.

3. Ausübung des Optionsrechts

Der Antrag ist spätestens bis zum Ende des zweiten Monats des betreffenden Jahres zu stellen. Der im Tarif PT-B zu zahlende Tarifbeitrag wird ausgehend vom dann geltenden Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vorhandenen Alterungsrückstellung berechnet. Eventuell vereinbarte Beitragszuschläge werden entsprechend den Tarifbeiträgen angepasst.

4. Beendigung der Optionsvereinbarung

4.1 Endet die Voraussetzung nach 1.1, endet auch die Optionsvereinbarung.

4.2 Im Übrigen gelten die Regelungen zum Ende der Versicherung nach Maßgabe der AVB/PT Teil I und II.

5. Beitragsberechnung

Der monatliche Beitrag beträgt 10 Prozent des jeweils aktuellen Beitrages für den Tarif PT-B 3. Die Beitragszahlung endet mit Ablauf des Jahres, in dem sie das 49. Lebensjahr vollenden.

Tarif PT-B Plus Pflegetagegeldversicherung für Beschäftigte in der Verkehrsbranche und Mitglieder der BAHN-BKK

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit

Dieser Tarif kann nur zusätzlich zu einer Versicherung nach Tarif PT-B bestehen (Grundtarif). Entfällt diese Voraussetzung, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach Tarif PT-B Plus.

2. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 Teil I AVB/PT bestehen keine Wartezeiten.

3. Versicherungsleistungen

Das Pflegetagegeld kann nur in derselben Höhe versichert werden, wie im Grundtarif. Ändert sich die Höhe des versicherten Tagegeldes im Grundtarif, muss sie im Tarif PT-B Plus entsprechend mit angepasst werden.

Das Pflegetagegeld wird bei Pflegebedürftigkeit (siehe § 1a Teil I Abs. 1 AVB/PT) in Abhängigkeit des Pflegegrades (siehe § 1a Teil I Abs. 3 AVB/PT) zu

- 5 Prozent in Pflegegrad 3
- 10 Prozent in Pflegegrad 2
- 10 Prozent in Pflegegrad 1

des vereinbarten Tagegeldes gezahlt.

3.2 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit

Bei erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 wird zusätzlich zum Pflegetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 100fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

Wurde der Tarif PT Plus nach dem 1. Dezember 2013 abgeschlossen, wird die Einmalzahlung in Höhe des 100fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes auch bei erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1 gezahlt.

Ein Anspruch auf die Einmalzahlung besteht – unabhängig davon, nach welchem Pflegegrad Pflegebedürftigkeit erstmalig festgestellt wird – nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

3.3 Beitragsbefreiung

Wird für eine versicherte Person Pflegetagegeld nach diesem Tarif oder dem Grundtarif gezahlt, wird sowohl dieser Tarif als auch der Grundtarif für diese Person beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Zahlung des Pflegetagegeldes beginnt. Sie endet am Letzten des Monats, in welchem die Zahlung des Pflegetagegeldes endet.

4. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Geschlecht.

Tarif PA Pflegeassistanceversicherung

Der Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung:

Teil I Allgemeine Bedingungen – AVB/PT –
Teil II Tarifbedingungen

1. Verzicht auf Wartezeiten

Abweichend von § 3 Teil I AVB/PT bestehen keine Wartezeiten.

2. Versicherungsleistungen

Es werden folgende Assistance-Leistungen erbracht:

- Pflegeheimplatzgarantie

Der Versicherer vermittelt und organisiert einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Der Versicherer garantiert die Unterbringung der versicherten Person in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

- Telefonische Beratung zu allgemeinen Fragen der Pflegeversicherung;

- Vermittlung eines Pflegedienstes und sonstiger pflegenaher Dienstleistungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland;

- Besteht für eine versicherte Person Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung aufgrund von Pflegebedürftigkeit, wird der Tarif PA für diese Person beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem Anspruch auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung besteht. Sie endet am Letzten des Monats, in dem dieser Anspruch endet.

Abweichend von § 1 Abs. 2 Teil I AVB/PT beginnt der Versicherungsfall bereits, wenn Pflegebedürftigkeit ärztlich vermutet wird. Er endet, wenn die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung getroffene Feststellung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

3. Beitragsberechnung

Der Beitrag ist unabhängig vom Alter und Geschlecht.

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Vorsorgeleistungen im Sinne von § 5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- (2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (3) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Vorsorgeuntersuchungen in Europa. Der Versicherer gewährt während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise wegen Transportfähigkeit nicht antreten kann.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, 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.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt.

§ 3

Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag wird erstmals für jede versicherte Person für ein Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherer in Textform gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne Personen beschränkt werden.
- (2) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 4

Wartezeit

Die Wartezeit bei Schwangerschaft beträgt acht Monate.

§ 5

Versicherungsleistungen

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Erstattungsfähig sind die folgenden Aufwendungen:
Leistungen ab Geburt:
 - 1.1 Neugeborenen Hör-Check
Beratung, Messung akustischer Signale;
einmalig bis zu höchstens 40 Euro innerhalb der ersten drei Lebensjahre.

- 1.2 Hör-Check für Kinder/Jugendliche
Beratung, Tonschwellenaudiometrie oder Messung akustischer Signale;
einmalig bis zu höchstens 40 Euro zwischen dem 3. und 15. Lebensjahr.
- 1.3 Untersuchung zur Früherkennung von Fehlsichtigkeit und Schielen
Beratung, Refraktionsbestimmung und Untersuchung Heterophorie;
einmalig bis zu höchstens 50 Euro innerhalb der ersten drei Lebensjahre.
- 1.4 Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche
 - U6a einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 15. bis 18. Lebensmonat;
 - U7b einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 30. bis 40. Lebensmonat;
 - U9a einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 8. Lebensjahr;
 - U9b einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 10. Lebensjahr;
 - J2 einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 14. bis 16. Lebensjahr.
- 1.5 Reisemedizinische Vorsorge
Beratung, Untersuchung, Impfung, Impfstoff und Prophylaxe;
bis zu insgesamt 120 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 1.6 Hauttyp-Bestimmung
einmalig bis zu höchstens 30 Euro.

Zusätzliche Leistungen ab dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird:

- 2.1 Hautkrebsvorsorge
Beratung, Untersuchung und Auflichtmikroskopie;
einmal bis zu höchstens 60 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 2.2 Schilddrüsenvorsorge
Beratung, Ultraschall der Schilddrüse, Blutentnahme und Bestimmung TSH;
einmal bis zu höchstens 35 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 2.3 Sportmedizinische Vorsorge
Untersuchung mit Bestimmung der Blut- und Stoffwechselwerte, Lungenfunktionsprüfung, Belastungs-EKG;
einmal bis zu höchstens 195 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren, wenn nicht schon der große Gesundheits-Check (Punkt 3.1) in Anspruch genommen wurde.
- 2.4 Lungenfunktionsprüfung
einmal bis zu höchstens 65 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren, wenn die Lungenfunktionsprüfung nicht schon im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorge (Punkt 2.3) oder des großen Gesundheits-Checks (Punkt 3.1) in Anspruch genommen wurde.
- 2.5 Professionelle Reinigung von Zähnen und Zahnprothesen
einmal bis zu höchstens 50 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.
- 2.6 Schwangerschaftsvorsorge
Beratung und Ultraschall;
einmal bis zu höchstens 50 Euro pro Schwangerschaft.
- 2.7 Triple-Test
einmal bis zu höchstens 45 Euro pro Schwangerschaft.

Zusätzliche Leistungen ab dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 35. Lebensjahr vollendet wird:

- 3.1 Großer Gesundheits-Check
Untersuchung mit Bestimmung der Blut- und Stoffwechselwerte, Lungenfunktionsprüfung, Sonographie der inneren Organe, Belastungs-EKG;

einmal bis zu höchstens 270 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren, wenn nicht schon die sportmedizinische Vorsorge (Punkt 2.3) in Anspruch genommen wurde.

- 3.2 Große Krebsvorsorge Frauen als Ergänzung zu gesetzlich eingeführten Programmen
Ultraschall der weiblichen Geschlechtsorgane, Blutbild und Differentialblutbild;
einmal bis zu höchstens 100 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

Zusätzliche Leistungen ab dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 45. Lebensjahr vollendet wird:

- 4.1 Untersuchung zur Früherkennung des „Grünen Stars“ (Glaukom);
einmal bis zu höchstens 45 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 4.2 Osteoporose-Vorsorge (Knochendichtemessung)
einmal bis zu höchstens 45 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 4.3 Brustkrebs-Vorsorge
Mammographie oder Sonographie;
einmal bis zu höchstens 105 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 4.4 Große Krebsvorsorge Männer
Untersuchung, Sonographie von Prostata, Hoden, Nieren, sowie PSA-Test, Blutbild und Differentialblutbild;
einmal bis zu höchstens 110 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 4.5 Hirnleistungs-Check
Untersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen im Rahmen einer orientierenden Testuntersuchung;
einmal bis zu höchstens 35 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

Zusätzliche Leistungen ab dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 55. Lebensjahr vollendet wird:

- 5.1 Schlaganfall-Vorsorge
Untersuchung des Strömungsverhaltens zur Früherkennung von Schlaganfall-Risiken;
einmal bis zu höchstens 80 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

§ 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. Als Nachweise sind Rechnungen im Original oder Rechnungszweitschriften mit dem Erstattungsvermerk einer gesetzlichen Krankenkasse vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Leistungen des Arztes oder Zahnarztes mit Ziffern der Gebührenordnung und dem jeweiligen Behandlungsdatum.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).
- (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) Ansprüche aus Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7

Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Der erste Beitrag ist zum Versicherungsbeginn fällig, jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheins.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38

Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

- (4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
- (5) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8

Höhe der Beiträge

- (1) Die monatlichen Beiträge sind unabhängig vom Geschlecht und betragen in Euro:

Alter	
bis 15	4,10
16 - 34	9,30
35 - 44	10,70
45 - 54	14,70
ab 55	19,00
- (2) Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 16., 35., 45. und 55. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der erreichten Altersgruppe zu zahlen.
- (3) Der Versicherer kann den Beitrag mit einer Frist von einem Monat ändern. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

§ 9

Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn diese Obliegenheit verletzt wird.

§ 10

Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11

Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne Personen beschränkt werden.
- (2) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- (3) 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 von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 2 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (5) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist

nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erhalten haben.

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

§ 12

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 13

Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Orts 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.

§ 14

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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.

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif können nur Beschäftigte folgender Unternehmen, Behörden oder Ministerien versichert werden:

- Deutsche Bahn AG und deren Führungs- und Beteiligungsgesellschaften;
 - Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§ 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
 - sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden oder
 - sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 Prozent beteiligt sind, betrieben werden,
- sowie deren Beteiligungunternehmen, sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen;
- Unternehmen oder öffentliche Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen erstellen, bauen, betreiben, unterhalten oder vermarkten bzw. zum Bau, zur Unterhaltung und zur Sicherung beitragen;
 - Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung und seine nachgeordneten Behörden, sowie die „Autobahn Tank- und Rast Holding GmbH“;
 - Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören.

Darüber hinaus können Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“, sowie der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ und Mitglieder/Beschäftigte der BAHN-BKK nach diesem Tarif versichert werden. Nicht berufstätige Familienangehörige (Ehepartner und Kinder bis zum vollendeten 27. Lebensjahr) sind ebenfalls versicherbar.

Endet die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – das Versicherungsverhältnis nach Tarif VT-B. Es besteht jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis in einem gleichartigen Tarif unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte fortzusetzen.

§ 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Vorsorgeleistungen im Sinne von § 5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- (2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (3) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Vorsorgeuntersuchungen in Europa. Der Versicherer gewährt während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise wegen Transportfähigkeit nicht antreten kann.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das Versiche-

ungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt.

§ 4 Dauer des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag wird erstmals für jede versicherte Person für ein Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherer in Textform gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne Personen beschränkt werden.
- (2) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 5 Versicherungsleistungen

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Erstattungsfähig sind die folgenden Aufwendungen:
Leistungen ab Geburt:
 - 1.1 Neugeborenen Hör-Check
Beratung, Messung akustischer Signale;
einmalig bis zu höchstens 40 Euro innerhalb der ersten drei Lebensjahre.
 - 1.2 Hör-Check für Kinder/Jugendliche
Beratung, Tonschwellenaudiometrie oder Messung akustischer Signale;
einmalig bis zu höchstens 40 Euro zwischen dem 3. und 15. Lebensjahr.
 - 1.3 Untersuchung zur Früherkennung von Fehlsichtigkeit und Schielen
Beratung, Refraktionsbestimmung und Untersuchung Heterophorie;
einmalig bis zu höchstens 50 Euro innerhalb der ersten drei Lebensjahre.
 - 1.4 Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche
 - U6a einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 15. bis 18. Lebensmonat;
 - U7b einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 30. bis 40. Lebensmonat;
 - U9a einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 8. Lebensjahr;
 - U9b einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 10. Lebensjahr;
 - J2 einmalig bis zu höchstens 60 Euro im 14. bis 16. Lebensjahr.
 - 1.5 Reisemedizinische Vorsorge
Beratung, Untersuchung, Impfung, Impfstoff und Prophylaxe;
bis zu insgesamt 120 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

- 1.6 Hauttyp-Bestimmung
einmalig bis zu höchstens 30 Euro.

Zusätzliche Leistungen ab dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird:

- 2.1 Hautkrebsvorsorge
Beratung, Untersuchung und Auflichtmikroskopie;
einmal bis zu höchstens 60 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.
- 2.2 Großer Gesundheits-Check (Gesundheits-TÜV) mit sportmedizinischer Vorsorge und Tauch- und Flugtauglichkeitsuntersuchung
Untersuchung mit Bestimmung der Blut- und Stoffwechselwerte, Lungenfunktionsprüfung, Sonographie der inneren Organe, Belastungs-EKG;
einmal bis zu höchstens 270 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.
- 2.3 Professionelle Reinigung von Zähnen und Zahnprothesen
einmal bis zu höchstens 50 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Zusätzliche Leistungen ab dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 35. Lebensjahr vollendet wird:

- 3.1 Große Krebsvorsorge Frauen als Ergänzung zu gesetzlich eingeführten Programmen
Ultraschall der weiblichen Geschlechtsorgane, Blutbild und Differentialblutbild;
einmal bis zu höchstens 100 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

Zusätzliche Leistungen ab dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 45. Lebensjahr vollendet wird:

- 4.1 Untersuchung zur Früherkennung des „Grünen Stars“ (Glaukom)
einmal bis zu höchstens 45 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 4.2 Osteoporose-Vorsorge (Knochendichtemessung)
einmal bis zu höchstens 45 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 4.3 Brustkrebs-Vorsorge
Mammographie oder Sonographie;
einmal bis zu höchstens 105 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 4.4 Große Krebsvorsorge Männer
Untersuchung, Sonographie von Prostata, Hoden, Nieren, sowie PSA-Test, Blutbild und Differentialblutbild;
einmal bis zu höchstens 110 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.
- 4.5 Hirnleistungs-Check
Untersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen im Rahmen einer orientierenden Testuntersuchung;
einmal bis zu höchstens 35 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

Zusätzliche Leistungen ab dem Beginn des Kalenderjahres, in dem das 55. Lebensjahr vollendet wird:

- 5.1 Schlaganfall-Vorsorge
Untersuchung des Strömungsverhaltens zur Früherkennung von Schlaganfall-Risiken;
einmal bis zu höchstens 80 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

§ 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. Als Nachweise sind Rechnungen im Original oder Rechnungszweitschriften mit dem Erstattungsvermerk einer gesetzlichen Krankenkasse vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Leistungen des Arztes oder Zahnarztes mit Ziffern der Gebührenordnung und dem jeweiligen Behandlungsdatum.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

- (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) Ansprüche aus Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7

Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Der erste Beitrag ist zum Versicherungsbeginn fällig, jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheins.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- (4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
- (5) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8

Höhe der Beiträge

- (1) Die monatlichen Beiträge sind unabhängig vom Geschlecht und betragen in Euro:
- | | |
|---------|-------|
| Alter | |
| bis 15 | 3,95 |
| 16 - 34 | 7,60 |
| 35 - 44 | 7,60 |
| 45 - 54 | 11,20 |
| ab 55 | 14,90 |
- (2) Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 16., 35., 45. und 55. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der erreichten Altersgruppe zu zahlen.
- (3) Der Versicherer kann den Beitrag mit einer Frist von einem Monat ändern. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

§ 9

Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn diese Obliegenheit verletzt wird.

§ 10

Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 11

Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne Personen beschränkt werden.
- (2) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

- (3) 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 von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 2 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (5) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erhalten haben.
- (6) Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn Ehegatten getrennt leben.

§ 12

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 13

Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Orts 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.

§ 14

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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.

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

**§ 35
Pflegezulage**

- (1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 293 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 500, 711, 912, 1.185 oder 1.457 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.
- (2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.
- (3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.
- (4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behand-

lung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

- (5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.
- (6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

**§ 1
Form und Voraussetzungen**

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

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

§ 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
- (1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.
- (2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.
- (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- (2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktebereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
 3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
 4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
 5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.
- (3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
- (7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
 4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146

Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei [...]
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 153

Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14

Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19
Anzeigepflicht

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

§ 28
Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37
Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38
Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzu-

weisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86
Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193
Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195
Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird

die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 196

Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.