Versicherungsbedingungen und Informationen Krankenversicherung

Zusatzversicherung

Stand: Januar 2009

AXA Krankenversicherung AG

Versicherungsbedingungen und Informationen – Private Kranken-Zusatzversicherung

Inhaltsverzeichnis	Nummer	Seite
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	21003844	3
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	27830323	4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Tarife 030, 033, 035, KOMFORT, PREMIUM)	VG300	8
Tarif 030 – für Kosten von Heilbehandlungen, die von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden	VG345	11
Tarif 033 – für Kosten von Heilbehandlungen, die von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden	VG346	13
Tarif 035 – für Kosten von Heilbehandlungen, die von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden	VG347	15
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung	VG400	17
Tarif EG Zahn plus – Ergänzungsversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung	21006771	25
Tarif EG pro – Ergänzungsversicherung für ambulante Heilbehandlung mit Auslandsreisekrankenversicherung	21003732	26
Tarif KG2 – für stationäre Krankenhausbehandlung	VG390	28
Spezialtarif KGH 2 med – für stationäre Krankenhausbehandlung	21005871	30
Tarife KHTE-N – Krankenhaustagegeld-Versicherung	VG571	32
Spezialtarif KTA – Krankenhaustagegeld-Versicherung	21002006	33
Spezialtarif PRIVAmed – Ergänzungsversicherung für ambulante Heilbehandlung	21005818	34
Tarif PRIVAplus – Ergänzungsversicherung für ambulante Heilbehandlung	21005819	37
Heilmittelliste (für Tarife PRIVAmed und PRIVAplus)	VG275	40
Tarif PRIVAzahn – Ergänzungsversicherung für ambulante Heilbehandlung	21005820	42
Spezialtarif VIAmed – Option auf eine Krankheitskosten-Vollversicherung	21005531	44
Tarif VIAplus – Option auf eine Krankheitskosten-Vollversicherung	21005558	46
Tarif 350E – Kurtarif	VG319	48
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung	VG403	50
Tarife 061E-N bis 064E-N – Krankentagegeldversicherung	VG573	56
Spezialtarife 901E-N bis 906E-N – Krankentagegeldversicherung	VG574	57
Tarif TN 7 – Krankentagegeldversicherung	VG583	58
Tarif TN 14 – Krankentagegeldversicherung	VG584	58
Tarif TN 21 – Krankentagegeldversicherung	VG585	59
Tarif TN 28 – Krankentagegeldversicherung	VG586	59
Tarif TG42 – Krankentagegeldversicherung	VG591	60
Tarif TN 91 – Krankentagegeldversicherung	VG587	61
Tarif TN 182 – Krankentagegeldversicherung	VG588	61
Tarif TN 365 – Krankentagegeldversicherung	VG589	62
Tarif KOMFORT – Krankenhauskostenzusatzversicherung	VG355	63
Allgemeine Versicherungsbedingungen (Tarif PREMIUM)	VG356	66
Tarif PREMIUM – Ergänzungsversicherung für ambulante Heilbehandlung	VG357	68
Tarif PREMIUM – Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen		69

Inhaltsverzeichnis	Nummer	Seite
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Tarif VIAplus-SU)	VG360	70
Tarif VIAplus-SU – für stationäre Krankenhausbehandlung, Option auf eine Krankheitskostenvoll- und Zusatzversicherung	VG362	77
Tarif VIAplus-SU – Zahn-Sachkostenliste	VG363	80
Tarif VIAplus-SU – Heilmittelliste	VG364	82
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Tarif Vorsorge Plus	21005791	84
Tarif Vorsorge Plus – für ambulante Vorsorgemaßnahmen	21005785	86
Tarif DENT – Ergänzungsversicherung für Zahnersatz	VG358	92
Tarif FUTURA – für stationäre Krankenhausbehandlung, Auslandsreisekrankenversicherung, Option auf eine Krankheitskostenvoll- und Zusatzversicherung	VG351	94
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Tarif KGU	21005593	96
Tarif KGU – für unfallbedingte stationäre Krankenhausbehandlung bei Unfall	21005576	98
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Tarif für Tarif PROPHY DENT	21006773	100
Tarif PROPHY DENT – Ergänzungsversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung	21006110	102
Tarif PTG 3 – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung bei Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III)	VG353	103
Tarif PTG DYN – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (Pflegestufe I bis III)	VG354	106
Information zur besonderen Serviceleistung – Tarif PTG DYN und PTG3		109
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherung zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung	21001968	110
Tarif EHP 100 – für die ergänzende Häusliche Pflegeversicherung	21001996	114
Tarif ESP 100 – für die ergänzende Stationäre Pflegeversicherung	21001975	116
Tarif EHP 50 – für die ergänzende Häusliche Pflegeversicherung	21001991	117
Tarif ESP 50 – für die ergänzende Stationäre Pflegeversicherung	21001980	119
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Reisen (Tarife ARD, ARE)	21003745	120
Tarif ARD – Auslands-Reisekrankenversicherung Dauerpolice	21003744	123
Tarif ARE – Auslands-Reisekrankenversicherung	21003740	124
Tarif RKJE– Auslands-Reisekrankenversicherung	VG309	125

21003844

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 1a VAG

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

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

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

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

[1] Waren Sie bereits vor dem 1.1.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

27830323

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

Stand: 11.2008

VVG

§ 13 Änderung von Anschrift und Name

(1) Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, ist bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung Absatz 1 Satz 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 15 Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 19 Anzeigepflicht

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

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

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

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

(1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Endet das Versicherungsverhältnis nach § 16, kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

§ 82 Abwendung und Minderung des Schadens

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

(2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.

(3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung 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.

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

§ 192 Vertragstypische Leistungen des Versicherers

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nach Absatz 1 insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

(3) Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung können zusätzliche Dienstleistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Leistungen nach Absatz 1 stehen, vereinbart werden, insbesondere

1. die Beratung über Leistungen nach Absatz 1 sowie über die Anbieter solcher Leistungen;
2. die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;
3. die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;
4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Absatz 1 und der sich hieraus ergebenden Folgen;
5. die unmittelbare Abrechnung der Leistungen nach Absatz 1 mit deren Erbringern.

(4) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.

(5) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.

(6) Bei der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegetagegeldversicherung). Absatz 2 gilt für die Pflegekostenversicherung entsprechend. Die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die private Pflegeversicherung bleiben unberührt.

§ 193 Versicherte Person

(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.

(2) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,– Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,– Euro.

Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung

oder

3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass

1. der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann,
2. Bezieher von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,
3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

(3) 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 Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(4) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 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.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 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.

§ 197 Wartezeiten

(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. Bei der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.

(2) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluss daran beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

§ 198 Kindernachversicherung

(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.

(3) Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Auslands- und die Reisekrankenversicherung nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland oder Ausland besteht.

§ 199 Beihilfeempfänger

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes kann vereinbart werden, dass sie mit der Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand im Umfang der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes endet.

(2) Ändert sich bei einer versicherten Person mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.

§ 200 Bereicherungsverbot

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

§ 201 Herbeiführung des Versicherungsfalles

Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst herbeiführt.

§ 202 Auskunftspflicht des Versicherers

Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person einem von ihnen benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die er bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Der Auskunftsanspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(1) Bei einer Krankenversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird, kann der Versicherer nur die entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12, 12a und 12e in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. Die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren, bleibt unberührt.

(2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 12b Abs. 1 bis 2a in Verbindung mit einer auf Grund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, 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.

(4) Ist eine Bestimmung in Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, ist § 164 anzuwenden.

(5) Die Neufestsetzung der Prämie und die Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 204 Tarifwechsel

Bei einem bestehenden unbefristeten Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenoder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer 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 die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

§ 206 Kündigung des Versicherers

(1) Die ordentliche Kündigung einer substitutiven Krankheitskosten-, Krankentagegeld- oder Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen. Sie ist ferner ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(2) Für die ordentliche Kündigung einer nicht substitutiven Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

(4) Wird eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegekrankenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären; die Prämie ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Die versicherten Personen sind vom Versicherer über die Kündigung und das Recht nach Satz 1 in Textform zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von diesem Recht erlangt hat.

(5) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen die Krankenversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können. Absatz 4 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder 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.

§ 208 Abweichende Vereinbarungen

Von den §§ 194 bis 199 und 201 bis 207 kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden. Für die Kündigung des Versicherungsnehmers nach § 205 kann die Schrift- oder die Textform vereinbart werden.

SGB V

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 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,

2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten 6 Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31.12.2000 annehmen,

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat. Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

VG300
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung 2008 (AVB/KK 2008)

Stand: 01.2008

Teil I: AVB/KK 2008

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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 (Allgemeine Versicherungsbedingungen 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 Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so wird das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fortgesetzt, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 VVG (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

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

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

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes sowie approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind, in Anspruch genommen werden.

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

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

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

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

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

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

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

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

f) entfallen;

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach 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 i.V.m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

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

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. 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 Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, 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 geprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag 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) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, 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 insoweit 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 insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

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

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang). Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht sowie für eine nicht substitutive Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.

(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.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung 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 Änderung 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 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

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a Nr. 2, 2a-2c SGB V (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 nach 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.

VG345
Tarife 030, 1030 für Kosten von Heilbehandlungen, die von einer gesetzlichen Krankenversicherung oder im Rahmen der Heilfürsorge nicht übernommen werden
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.2008

Teil I: AVB/KK 2008

1. Leistungen des Versicherers

1.1 Allgemeines

1.1.1 Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen und weitergeführt werden, wenn und solange eine Vorleistungsversicherung besteht. Als Vorleistungsversicherung gilt die Versicherung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen der Vorleistungsversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden.

1.1.2 Die unter den Versicherungsschutz fallenden Aufwendungen werden in tariflichem Umfang erstattet, höchstens jedoch insoweit, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden.

1.1.3 Hat die Vorleistungsversicherung Leistungen erbracht, so wird dadurch noch keine Leistungspflicht aus dem Tarif begründet.

1.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.2.1 Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung für:

a) Leistungen derjenigen Ärzte, die die Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ führen, im Rahmen (vgl. 1.2.5) der jeweils gültigen Gebührenordnung;

b) Leistungen der Heilpraktiker soweit sie innerhalb derjenigen Spanne liegen, nach der die Gebühren für vergleichbare ärztliche Leistungen in der Regel bemessen werden dürfen;

c) Arznei- und Verbandmittel (Nähr- und Stärkungsmittel, Teekuren, Kurverordnungen, Mineralwasser, kosmetische Badezusätze u. ä. gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind);

d) Brillen und Kontaktlinsen;

e) andere Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte einschließlich Hörbrillen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Bruchbänder, orthopädische Schuhe und Einlagen, Gummistrümpfe, Bandagen, Gipsliegeschalen, Korrekturschienen, Leibbinden, orthopädische Stützapparate und Kunstglieder, Rollstühle;

f) Fahrtkosten, die die Vorleistungsversicherung dem Grunde nach trägt, zu einer ambulanten Heilbehandlung;

g) Zahnersatz im Rahmen (vgl. 1.2.5) einer gültigen Gebührenordnung. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, sowie implantologische Leistungen. Gesondert berechnungsfähige Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zur angemessenen Preislage. Die Beträge, bis zu denen von angemessener Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

1.2.2 Unter den Versicherungsschutz fallen auch die Aufwendungen aus einer Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland während einer vorübergehenden Reise bis zu 2 Monaten Dauer für

a) Leistungen der Ärzte und Wegegelder des Arztes für Entfernungen bis zum nächsterreichbaren Arzt;

b) Arznei- und Verbandmittel;

c) Heilmittel;

d) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles ärztlich verordnet werden;

e) stationäre Heilbehandlung;

f) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Arzt;

g) schmerzstillende Zahnbehandlungen, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen. Mit Ausnahme der Reparaturen von Prothesen besteht für Zahnersatz kein Versicherungsschutz;

h) Rücktransport: die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport entstehenden notwendigen Aufwendungen. Die notwendigen Aufwendungen für eine nach diesem Tarif versicherte Begleitperson fallen ebenfalls unter den Versicherungsschutz;

i) unmittelbare Überführungskosten des Leichnams beim Tod der versicherten Person an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder aber unmittelbare Bestattungskosten, wenn der Leichnam nicht überführt wird.

Solange die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes angetreten werden kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für Heilbehandlungen, die ein Grund für den Antritt der Reise waren.

1.2.3 Die unter den Versicherungsschutz fallenden Aufwendungen sind nur insoweit erstattungsfähig, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden.

1.2.4 Aufwendungen nach 1.2.1 e) und f) für die dort genannten Hilfsmittel und Fahrtkosten sind nur erstattungsfähig, wenn die Vorleistungsversicherung im einzelnen Leistungen zur Verfügung stellt.

1.2.5 Nicht erstattungsfähig sind Teile der Liquidation von Ärzten und Zahnärzten, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten.

1.3 Höhe des Kostenersatzes

1.3.1 Von den in Ziff. 1.2.1 a) bis f) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen

– Leistungen der Ärzte für Naturheilverfahren (1.2.1a))

– Leistungen von Heilpraktikern (1.2.1b))

– Arznei und Verbandmittel (1.2.1c))

– Brillen und Kontaktlinsen (1.2.1d))

– andere Hilfsmittel (1.2.1e))

– und Fahrtkosten (1.2.1f)),

werden 50% der nach Anrechnung einer etwaigen Leistung der Vorleistungsversicherung verbleibenden Restkosten (vgl.1.1.2) gezahlt. Die Erstattung hierfür ist begrenzt auf 1.100 EUR je Kalenderjahr. Für Brillen und Kontaktlinsen (1.2.1 d)) ist die Erstattung im Einzelfall auf 80 EUR begrenzt.

1.3.2 Aufwendungen für Zahnersatz nach Ziffer 1.2.1 g) werden zu 20% erstattet, höchstens jedoch insoweit als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden (vgl. 1.1.2). Diese Erstattungen werden nicht auf die Höchstgrenze in Ziffer 1.3.1 angerechnet.

1.3.3 Erstattungsfähige Aufwendungen gem. 1.2.2 werden zu 100% erstattet. Die Aufwendungen für Überführungs- bzw. Bestattungskosten (1.2.2 i)) werden bis zu 12.000 EUR erstattet, jedoch Bestattungskosten nur bis zur Höhe der Kosten, die für eine Überführung entstanden wären.

2. Leistungen des Versicherungsnehmers

2.1 Monatsbeiträge

2.1.1 Die Beiträge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Personen bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter).

Bei einer Umstufung, Beitrags- oder Leistungsanpassung wird auch das erreichte Lebensalter berücksichtigt (vgl. § 8 a (2) AVB Teil I und Ziff. 2.1.2). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

2.1.2 Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

2.1.3 Ohne Text.

2.1.4 21- bis 34-jährige Personen, die sich nachweislich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten, können auf Antrag zu dem ihrem Geschlecht entsprechenden Jugendlichenbeitrag, zuzüglich eines vom erreichten Alter abhängigen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zuschlags, versichert werden.

2.1.5 Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen.

Für Jugendliche und die nach Ziff. 2.1.4 versicherten Personen, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen, es sei denn, dass der Nachweis über das Weiterbestehen einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres erbracht wird und bei Ablauf des Kalenderjahres das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) AVB Teil I.

3. Besondere Bestimmungen

3.1 Zu § 1 AVB Teil I – Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

3.1.1 Annahme des Antrags (§ 1 (3) AVB Teil I)

Die Annahme des Antrags kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden, wenn sie zu den normalen Geschäftsbedingungen nicht möglich ist.

3.1.2 Versicherungsschutz außerhalb Europas (§ 1 (4) AVB Teil I)

a) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu zwei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über zwei Monate hinaus.

b) Auf Antrag kann der Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag auf längere Aufenthalte im außereuropäischen Ausland ausgedehnt werden.

3.2 Zu § 2 AVB Teil I – Beginn des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.3 Zu § 3 AVB Teil I – Wartezeiten

3.3.1 Wartezeit bei Umstufungen

Bei Umstufungen sind die Wartezeiten nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen.

3.3.2 Besondere Wartezeiten (§ 3 (3) AVB Teil I)

Die besondere Wartezeit beträgt für Zahnbehandlung nur 3 Monate und für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 8 Monate.

3.3.3 Wartezeiterlass (§ 3 (4) AVB Teil I)

Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis auf einem Formular des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

3.3.4 Wartezeit für Leistungen nach Ziff. 1.2.2

Bei Heilbehandlungen, die gemäß Ziff. 1.2.2 erstattungsfähig sind, entfallen abweichend von § 3 (2) und (3) AVB Teil I die Wartezeiten.

3.3.5 Wartezeit bei erstmaliger Versicherung

Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I.

3.4 Zu § 4 AVB Teil I – Umfang der Leistungspflicht

3.4.1 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die aus dem Überschuss des Versicherers der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung geschäftsplanmäßig zugeführten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen. Der Vorstand des Versicherers bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.

Für den Fall einer Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung für Versicherte eines Tarifes gelten folgende Bestimmungen:

a) Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für die nach dem Tarif versicherten Personen, denen für das vorhergehende Kalenderjahr weder tarifliche noch außertarifliche Leistungen nach diesem Tarif gewährt worden sind und deren Beitrag für 12 Monate des vorhergehenden Kalenderjahres ohne Verzug bezahlt worden ist.

b) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen nach Buchstabe a) für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre, für mehrere Tarife einer versicherten Person und/oder für mehrere versicherte Personen eines Versicherungsnehmers erfüllt sind.

3.4.2 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

In den nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostentarifen werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und den Berechnungsgrundlagen des Versicherers zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Die Zuschreibung erfolgt jährlich. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend den Berechnungsgrundlagen des Versicherers.

3.4.3 Bundeswehrkrankenhäuser

Als Krankenhaus im Sinne von § 4 (4) AVB Teil I gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser.

3.4.4 Behandlung in gemischten Anstalten

Eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers nach § 4 (5) AVB Teil I ist nicht erforderlich.

3.5 Zu § 5 AVB Teil I – Einschränkung der Leistungspflicht

3.5.1 Behandlung in einem Heilbad oder Kurort

Der Versicherer leistet auch für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort (§ 5 (1) e) AVB Teil I).

3.6 Zu § 6 AVB Teil I – Auszahlung der Versicherungsleistungen

3.6.1 Nachweise

Der Versicherer gewährt die Tarifleistung nur gegen Einreichung der Originalrechnungen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein.

Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich.

Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, die Rechnung über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung, einzureichen.

3.6.2 Erstattung in Fremdwährung entstandener Kosten

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

3.7 Zu § 7 AVB Teil I – Ende des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.8 Zu § 8, 8 a, 8 b AVB Teil I – Beitragszahlung, Beitragsberechnung, Beitragsanpassung

3.8.1 Vertragsdauer (§ 8 (2) AVB Teil I)

Der Vertrag ist für die Dauer des ersten Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als 1. Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.

Bei Umstufungen innerhalb des Tarifs oder auf einen anderen Tarif sowie bei Beitrags- und Leistungsanpassungen, ändert sich das bisherige Versicherungsjahr nicht.

3.8.2 Ohne Text

3.8.3 Beitragsanpassung (§ 8 b AVB Teil I)

a) Der in § 8 b (1) AVB Teil I erwähnte Vomhundertsatz beträgt für die Sterbewahrscheinlichkeit 5, für die Versicherungsleistungen 10.

b) Müssen die Beiträge angepasst werden, so können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, angepasst werden.

3.9 Zu §§ 9 bis 14 AVB Teil I – Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen, Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte, Aufrechnung, Kündigung durch den Versicherungsnehmer, Kündigung durch den Versicherer.

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.10 ohne Text

3.11 Zu § 15 AVB Teil I – Sonstige Beendigungsgründe

3.11.1 Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet (§ 15 (3) AVB Teil I)

Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist Deutschland.

Bei einer vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.12 Zu §§ 16 bis 19 AVB Teil I – Willenserklärungen und Anzeigen, Gerichtsstand, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Keine ergänzenden Bestimmungen.

VG346

Tarif 033 für Kosten von Heilbehandlungen, die von einer gesetzlichen Krankenversicherung oder im Rahmen der freien Heilfürsorge nicht übernommen werden

Stand: 01.2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarif mit Tarifbedingungen – Teil I: siehe AVB/KK 2008

1. Leistungen des Versicherers

1.1 Allgemeines

1.1.1 Dieser Tarif kann nur abgeschlossen und weitergeführt werden, wenn und solange bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung eine Versicherung mit Anspruch auf Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlungen (Vorleistungsversicherung) oder Anspruch auf freie Heilfürsorge besteht. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen der Vorleistungsversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden.

1.1.2 Bei Fortfall der Vorleistungsversicherung oder des Anspruchs auf freie Heilfürsorge endet die Versicherung nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.

1.1.3 Die unter den Versicherungsschutz fallenden Aufwendungen werden in tariflichem Umfang erstattet, höchstens jedoch insoweit, als sie von der Vorleistungsversicherung oder dem Träger der freien Heilfürsorge nicht übernommen werden.

1.1.4 Hat die Vorleistungsversicherung oder der Träger der freien Heilfürsorge Leistungen erbracht, so wird dadurch noch keine Leistungspflicht aus dem Tarif begründet.

1.2 Erstattungfähige Aufwendungen

1.2.1 Unter den Versicherungsschutz fallen

a) die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen) – ab dem 15. Lebensjahr besteht ein Leistungsanspruch, wenn sich die Sehfähigkeit wenigstens an einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat;

b) die Mehrkosten, die dem Versicherten vom Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder der freien Heilfürsorge auferlegt werden, weil er ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus wählt;

c) die Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen einer gültigen Gebührenordnung.

   Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehilfen und Schienen sowie implantologische Leistungen. Gesondert berechnungsfähige Aufwendungen für zahntechnische Material und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zur angemessenen Preislage. Die Beträge, bis zu denen von angemessener Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

1.2.2 Unter den Versicherungsschutz fallen auch die Aufwendungen aus einer Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland während einer vorübergehenden Reise bis zu 2 Monaten Dauer für

a) Leistungen der Ärzte und Wegegelder des Arztes für Entfernungen bis zum nächsterreichbaren Arzt;

b) Arznei- und Verbandmittel;

c) Heilmittel;

d) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles ärztlich verordnet werden;

e) stationäre Heilbehandlung;

f) notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Arzt;

g) schmerzstillende Zahnbehandlungen, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen. Mit Ausnahme der Reparaturen von Prothesen besteht für Zahnersatz kein Versicherungsschutz;

h) Rücktransport: die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport entstehenden notwendigen Aufwendungen. Die notwendigen Aufwendungen für eine nach diesem Tarif versicherte Begleitperson fallen ebenfalls unter den Versicherungsschutz;

i) unmittelbare Überführungskosten des Leichnams beim Tod der versicherten Person an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder aber unmittelbare Bestattungskosten, wenn der Leichnam nicht überführt wird.

   Solange die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes angetreten werden kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für Heilbehandlungen, die ein Grund für den Antritt der Reise waren.

1.3 Höhe des Kostenersatzes

1.3.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen gem. 1.2.1 a) und b) werden zu 100% erstattet. Für Sehhilfen werden bis zu 160 EUR erstattet.

1.3.2 Erstattungsfähige Aufwendungen für Zahnersatz (1.2.1 c)) werden zu 20% erstattet.

1.3.3 Erstattungsfähige Aufwendungen gem. 1.2.2 werden zu 100% erstattet. Die Aufwendungen für Überführungs- bzw. Bestattungskosten (1.2.2 i)) werden bis zu 12.000 EUR erstattet, jedoch Bestattungskosten nur bis zur Höhe der Kosten, die für eine Überführung entstanden wären.

2. Leistungen des Versicherungsnehmers

2.1 Monatsbeiträge

2.1.1 Die Beiträge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Personen bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter).

Bei einer Umstufung, Beitrags- oder Leistungsanpassung wird auch das erreichte Lebensalter berücksichtigt (vgl. § 8 a (2) AVB Teil I und Ziff. 2.1.2). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

2.1.2 Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

2.1.3 Verheiratete unter 21 Jahren zahlen den ihrem Geschlecht entsprechenden Beitrag für 21-jährige.

2.1.4 Verheiratete unter 21 Jahren und 21-34-jährige Personen, die nachweislich in Schul- oder Berufsausbildung stehen oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten, können auf Antrag zu dem ihrem Geschlecht entsprechenden Jugendlichenbeitrag zuzüglich eines vom erreichten Alter abhängigen geschäftsplanmäßigen Zuschlags, versichert werden.

2.1.5 Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche und die nach Ziff 2.1.4 versicherten Personen, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen, es sei denn, dass der Nachweis über das Weiterbestehen einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres erbracht wird und bei Ablauf des Kalenderjahres das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) AVB Teil I.

3. Besondere Bestimmungen

3.1 Zu § 1 AVB Teil I – Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

3.1.1 Annahme des Antrags (§ 1 (3) AVB Teil I)

Die Annahme des Antrags kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden, wenn sie zu den normalen Geschäftsbedingungen nicht möglich ist.

3.1.2 Versicherungsschutz außerhalb Europas (§ 1 (4) AVB Teil I)

a) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu zwei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über zwei Monate hinaus.

b) Auf Antrag kann der Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag auf längere Aufenthalte im außereuropäischen Ausland ausgedehnt werden.

3.2 Zu § 2 AVB Teil I – Beginn des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.3 Zu § 3 AVB Teil I – Wartezeiten

3.3.1 Wartezeit bei Umstufungen

Bei Umstufungen sind die Wartezeiten nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen.

3.3.2 Besondere Wartezeiten (§ 3 (3) AVB Teil I)

Die besondere Wartezeit beträgt für Zahnbehandlung nur 3 Monate und für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 8 Monate.

3.3.3 Wartezeiterlass (§ 3 (4) AVB Teil I)

Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis auf einem Formular des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

3.3.4 Wartezeit für Leistungen nach Ziff. 1.2.2

Bei Heilbehandlungen, die gemäß Ziff. 1.2.2 erstattungsfähig sind, entfallen abweichend von § 3 (2) und (3) AVB Teil I die Wartezeiten.

3.3.5 Wartezeit bei erstmaliger Versicherung

Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I.

3.4 Zu § 4 AVB Teil I – Umfang der Leistungspflicht

3.4.1 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die aus dem Überschuss des Versicherers der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung geschäftsplanmäßig zugeführten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand des Versicherers bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.

Für den Fall einer Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung für Versicherte eines Tarifes gelten folgende Bestimmungen:

a) Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für die nach dem Tarif versicherten Personen, denen für das vorhergehende Kalenderjahr weder tarifliche noch außertarifliche Leistungen nach diesem Tarif gewährt worden sind und deren Beitrag für 12 Monate des vorhergehenden Kalenderjahres ohne Verzug bezahlt worden ist.

b) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen nach Buchstabe a) für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre, für mehrere Tarife einer versicherten Person und/oder für mehrere versicherte Personen eines Versicherungsnehmers erfüllt sind.

3.4.2 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

In den nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostentarifen werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und den Berechnungsgrundlagen des Versicherers zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Die Zuschreibung erfolgt jährlich. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend den Berechnungsgrundlagen des Versicherers.

3.4.3 Bundeswehrkrankenhäuser

Als Krankenhaus im Sinne von § 4 (4) AVB Teil I gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser.

3.4.4 Behandlung in gemischten Anstalten

Eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers nach § 4 (5) AVB Teil I ist nicht erforderlich.

3.5 Zu § 5 AVB Teil I – Einschränkung der Leistungspflicht

3.5.1 Behandlung in einem Heilbad oder Kurort

Der Versicherer leistet auch für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort (§ 5 (1) e) AVB Teil I).

3.6 Zu § 6 AVB Teil I – Auszahlung der Versicherungsleistungen

3.6.1 Nachweise

Der Versicherer gewährt die Tarifleistung nur gegen Einreichung der Originalrechnungen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein.

Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich. Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, die Rechnung über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung, einzureichen.

3.6.2 Erstattung in Fremdwährung entstandener Kosten

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

3.7 Zu § 7 AVB Teil I – Ende des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.8 Zu § 8, 8 a, 8 b AVB Teil I – Beitragszahlung, Beitragsberechnung, Beitragsanpassung

3.8.1 Vertragsdauer (§ 8 (2) AVB Teil I)

Der Vertrag ist für die Dauer des ersten Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als 1. Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.

Bei Umstufungen innerhalb des Tarifs oder auf einen anderen Tarif sowie bei Beitrags- und Leistungsanpassungen, ändert sich das bisherige Versicherungsjahr nicht.

3.8.2 Ohne Text

3.8.3 Beitragsanpassung (§ 8 b AVB Teil I)

a) Der in § 8 b (1) AVB Teil I erwähnte Vomhundertsatz beträgt für die Sterbewahrscheinlichkeit 5, für die Versicherungsleistungen 10.

b) Müssen die Beiträge angepasst werden, so können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, angepasst werden.

3.9 Zu §§ 9 bis 14 AVB Teil I – Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen, Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte, Aufrechnung, Kündigung durch den Versicherungsnehmer, Kündigung durch den Versicherer

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.10 ohne Text

3.11 Zu § 15 AVB Teil I – Sonstige Beendigungsgründe

3.11.1 Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet (§ 15 (3) AVB Teil I) Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist Deutschland. Bei einer vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.12 Zu §§ 16 bis 19 AVB Teil I – Willenserklärungen und Anzeigen, Gerichtsstand, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Keine ergänzenden Bestimmungen.

VG347

Tarif 035 für Kosten von Heilbehandlungen, die von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden.

Stand: 01.2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarif mit Tarifbedingungen – Teil I: siehe AVB/KK 2008

1. Leistungen des Versicherers

1.1 Allgemeines

1.1.1 Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen und weitergeführt werden, wenn und solange eine Vorleistungsversicherung besteht. Als Vorleistungsversicherung gilt die Versicherung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Heilfürsorge. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen der Vorleistungsversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden.

1.1.2 Die unter den Versicherungsschutz fallenden Aufwendungen werden in tariflichem Umfang erstattet, höchstens jedoch insoweit, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden.

1.1.3 Hat die Vorleistungsversicherung Leistungen erbracht, so wird dadurch noch keine Leistung aus dem Tarif begründet.

1.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.2.1 Unter den Versicherungsschutz fallen die Aufwendungen bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung für

a) Leistungen derjenigen Ärzte, die die Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ führen, im Rahmen (vgl. 1.2.4) der jeweils gültigen Gebührenordnung;

b) Leistungen der Heilpraktiker soweit sie innerhalb derjenigen Spanne liegen, nach der die Gebühren für vergleichbare ärztliche Leistungen in der Regel bemessen werden dürfen;

c) von Ärzten, die die Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ führen, und Heilpraktikern verordnete Arznei- und Verbandmittel (Nähr- und Stärkungsmittel, Teekuren, Kurverordnungen, Mineralwasser, kosmetische Badezusätze u.ä. gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet werden);

d) Brillen und Kontaktlinsen;

e) Zahnersatz im Rahmen (vgl. 1.2.4) einer gültigen Gebührenordnung.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerten Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen. Gesondert berechnungsfähige Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zur angemessenen Preislage. Die Beträge, bis zu denen von angemessener Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

1.2.2 Die unter den Versicherungsschutz fallenden Aufwendungen sind nur insoweit erstattungsfähig, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden.

1.2.3 Ohne Text.

1.2.4 Nicht erstattungsfähig sind Teile der Liquidation von Ärzten und Zahnärzten, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten.

1.3 Höhe des Kostenersatzes

1.3.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen gem. 1.2.1 a) bis c) werden zu 70% erstattet, höchstens jedoch insoweit, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden (vgl. 1.1.2). Die Erstattung hierfür ist begrenzt auf 255,65 EUR je Kalenderjahr.

1.3.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen nach 1.2.1 d) werden zu 100% erstattet, höchstens jedoch insoweit, als sie von der Vorleistungsversicherung nicht übernommen werden (vgl. 1.1.2). Die Erstattung hierfür ist im Einzelfall auf 102,26 EUR begrenzt.

1.3.3 Erstattungsfähige Aufwendungen für Zahnersatz nach 1.2.1 e) werden zu 30% erstattet.

2. Leistungen des Versicherungsnehmers

2.1 Monatsbeiträge

2.1.1 Die Beiträge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Personen bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Umstufung, Beitrags- oder Leistungsanpassung wird auch das erreichte Lebensalter berücksichtigt (vgl. § 8 a (2) AVB Teil I und Ziff. 2.1.2). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

2.1.2 Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

2.1.3 Ohne Text.

2.1.4. 21-34-jährige Personen, die sich nachweislich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten, können auf Antrag zu dem ihrem Geschlecht entsprechenden Jugendlichenbeitrag, zuzüglich eines vom erreichten Alter abhängigen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zuschlags, versichert werden.

2.1.5 Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche und die nach Ziff. 2.1.4 versicherten Personen, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen, es sei denn, dass der Nachweis über das Weiterbestehen einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres erbracht wird und bei Ablauf des Kalenderjahres das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) AVB Teil I.

3. Besondere Bestimmungen

3.1 Zu § 1 AVB Teil I – Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

3.1.1 Annahme des Antrags (§ 1 (3) AVB Teil I)

Die Annahme des Antrags kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden, wenn sie zu den normalen Geschäftsbedingungen nicht möglich ist.

3.1.2 Versicherungsschutz außerhalb Europas (§ 1 (4) AVB Teil I)

a) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu zwei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über zwei Monate hinaus.

b) Auf Antrag kann der Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag auf längere Aufenthalte im außereuropäischen Ausland ausgedehnt werden.

3.2 Zu § 2 AVB Teil I – Beginn des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.3 Zu § 3 AVB Teil I – Wartezeiten

3.3.1 Wartezeit bei Umstufungen

Bei Umstufungen sind die Wartezeiten nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen.

3.3.2 Besondere Wartezeiten (§ 3 (3) AVB Teil I)

Die besondere Wartezeit beträgt für Zahnbehandlung nur 3 Monate und für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 8 Monate.

3.3.3 Wartezeiterlass (§ 3 (4) AVB Teil I)

Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarungen erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis auf einem Formular des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

3.3.4 Ohne Text

3.3.5 Wartezeit bei erstmaliger Versicherung Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I.

3.4 Zu § 4 AVB Teil I – Umfang der Leistungspflicht

3.4.1 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die aus dem Überschuss des Versicherers der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung geschäftsplanmäßig zugeführten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand des Versicherers bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.

Für den Fall einer Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung für Versicherte eines Tarifes gelten folgende Bestimmungen:

a) Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für die nach dem Tarif versicherten Personen, denen für das vorhergehende Kalenderjahr weder tarifliche noch außertarifliche Leistungen nach diesem Tarif gewährt worden sind und deren Beitrag für 12 Monate des vorhergehenden Kalenderjahres ohne Verzug bezahlt worden ist.

b) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen nach Buchstabe a) für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre, für mehrere Tarife einer versicherten Person und/oder für mehrere versicherte Personen eines Versicherungsnehmers erfüllt sind.

3.4.2 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

In den nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostentarifen werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und den Berechnungsgrundlagen des Versicherers zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Die Zuschreibung erfolgt jährlich. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend den Berechnungsgrundlagen des Versicherers.

3.4.3 Bundeswehrkrankenhäuser

Als Krankenhaus im Sinne von § 4 (4) AVB Teil I gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser.

3.4.4 Behandlung in gemischten Anstalten

Eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers nach § 4 (5) AVB Teil I ist nicht erforderlich.

3.5 Zu § 5 AVB Teil I – Einschränkung der Leistungspflicht

3.5.1 Behandlung in einem Heilbad oder Kurort

Der Versicherer leistet auch für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort (§ 5 (1) e) AVB Teil I).

3.6 Zu § 6 AVB Teil I – Auszahlung der Versicherungsleistungen

3.6.1 Nachweise

a) Der Versicherer gewährt die Tarifleistung nur gegen Einreichung der Originalrechnungen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein. Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich. Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, die Rechnung über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung, einzureichen.

b) Ohne Text.

c) Für die Aufnahme Neugeborener gemäß § 2 (2) AVB Teil I ist die Übersendung einer amtlichen Geburtsurkunde erforderlich und ausreichend.

3.6.2 Erstattung in Fremdwährung entstandener Kosten

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

3.7 Zu § 7 AVB Teil I – Ende des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.8 Zu § 8, 8 a, 8 b AVB Teil I – Beitragszahlung, Beitragsberechnung, Beitragsanpassung

3.8.1 Vertragsdauer (§ 8 (2) AVB Teil I)

Der Vertrag ist für die Dauer des ersten Versicherungsjahres geschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als 1. Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.

Bei Umstufungen innerhalb des Tarifes oder auf einen anderen Tarif sowie bei Beitrags- und Leistungsanpassungen, ändert sich das bisherige Versicherungsjahr nicht.

3.8.2 Ohne Text

3.8.3 Beitragsanpassung (§ 8 b AVB Teil I)

a) Der in § 8 b (1) AVB Teil I erwähnte Vomhundertsatz beträgt für die Sterbewahrscheinlichkeit 5, für die Versicherungsleistungen 10.

b) Müssen die Beiträge angepasst werden, so können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, angepasst werden.

3.9 Zu §§ 9 bis 14 AVB Teil I – Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen, Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte, Aufrechnung, Kündigung durch den Versicherungsnehmer, Kündigung durch den Versicherer

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.10 Ohne Text

3.11 Zu § 15 AVB Teil I – Sonstige Beendigungsgründe

3.11.1 Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet (§ 15 (3) AVB Teil I)

Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist Deutschland.

Bei einer vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.12 Zu §§ 16 bis 19 AVB Teil I – Willenserklärung und Anzeigen, Gerichtsstand, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Wechsel in den Standardtarif

Keine ergänzenden Bestimmungen

VG400
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) §§ 1 – 19

Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) Nr. 1 – 36

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden – soweit sich aus § 4 MB/KK 2009 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden – bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld

Nr. 1 a Besondere Bedingungen

(1) Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) abhängig machen, insbesondere wenn

a) das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht ist, oder

b) der Wohnsitz oder Arbeitsplatz außerhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers liegt.

(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) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

Nr. 2 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

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

Nr. 3 Vorsorgeuntersuchungen

Die in den gesetzlich eingeführten Programmen vorgesehenen Altersgrenzen für Erwachsene brauchen nicht eingehalten zu werden.

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.

Nr. 4 a Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Europäischen Union (EU) und dem Europäischen Wirtschaftsraum

Abweichend von § 1 Abs. 5 MBKK 2009 besteht während der ersten 6 Monate des Aufenthaltes in dem Land der EU bzw. des EWR in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrundegelegt werden.

Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB 2009). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

Nr. 4 b Weltgeltung außerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

(1) Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts besteht weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Hinsichtlich der Mehrkosten in Fällen zweckgerichteter Heilbehandlungen gilt Nr. 19 b TB 2009. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, spätestens zum ersten Werktag des dritten Monats eines Auslandsaufenthalts dem Versicherer eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen.

Versäumt der Versicherungsnehmer diese Meldung, so ist der Versicherer berechtigt, Schriftsätze und Unterlagen an die bisherige Anschrift oder an eine etwaig bekannt gewordene ausländische Anschrift zu senden oder zustellen zu lassen.

(2) Über die in Abs. (1) genannte Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB 2009).

Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(3) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 35 Abs. (1) TB entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

(4) Kein Versicherungsschutz besteht ab dem 7. Monat eines Auslandsaufenthaltes, sofern keine besondere Vereinbarung gemäß Abs. (2) oder (3) zwischen dem Versicherten und dem Versicherer getroffen wurde.

(5) Ist es dem Versicherten, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß Abs. (2) oder (3) fristgerecht zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.

(6) Ein gemäß Abs. (2) vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des auf den Auslandsaufenthalt folgenden Monats, wenn die versicherte Person dauerhaft nach Deutschland oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU oder des EWR zurückkehrt. Bei Rückkehr in die EU oder den EWR kann unter den in Nr. 4 Abs. 2 TB 2009 genannten Voraussetzungen erneut ein Zuschlag erhoben werden.

Nr. 5 Rücktransport/Überführung aus dem Ausland

(1) Bei einem Auslandsaufenthalt werden im Rahmen der tariflichen Leistungen für Krankheitskostentarife auch die Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.

(2) Sofern in einem Tarif Kostenerstattung für medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus vorgesehen ist, werden auch Überführungskosten bis zu 5.200,– Euro in das Heimatland erstattet.

(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 (Altersrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 6 a Kindernachversicherung

Sind beide Elternteile gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltsstufe vorhanden ist.

Nr. 6 b Wegfall der Vorversicherungszeit eines Elternteils beim Versicherer (Frühgeburtenregelung)

Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Nr. 6 c Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherer versichert das Neugeborene wie geboren.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

a) bei Unfällen,

b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

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

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

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 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.

Nr. 7 Wartezeitverzicht

(1) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung aller Wartezeiten.

(2) Bei nachweislich unmittelbarem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung schließt der Versicherungsschutz direkt an die Vorversicherung an.

(3) Wenn und soweit Wartezeiten vorgesehen sind, können diese aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

Nr. 8 Erhöhung des Versicherungsschutzes

Besteht ein Versicherungsschutz bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, mehr als 3 Jahre, verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes bzw. Tarifwechsel innerhalb der gleichen Versicherungsart auf die Einhaltung der Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

Nr. 9 Heilbehandler

(1) Als Heilbehandler gelten auch freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger sowie Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- bzw. Heilhilfsberufe).

(2) Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

(3) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Nr. 10 Gebührenordnungen

Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Hebammen sowie Gebührenverzeichnissen für Heilpraktiker aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

Nr. 10 a Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

(1) Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste des versicherten Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

(2) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen.

Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10% von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen.

Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen.

Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Nr. 10 b Behandlung im Ausland

Die Nummern 10 und 10 a TB gelten nicht für Behandlungen im Ausland. Zugrundegelegt werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

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

Nr. 11 Definitionen

(1) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird, Nährmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

(2) Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie und Logopädie.

Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen.

Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt ist.

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die nachfolgend aufgezählten:

1. Sehhilfen, elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450,– Euro brutto), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausstattung mit Batterien (bis max. 1450.– Euro brutto pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausstattung mit Batterien;
2. Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 37,– Euro an), orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist;
3. Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 400,– Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;
4. Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, enterale Ernährung und Zubehör;
5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;

6. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzukkermessgeräte, Blutdruckmessgeräte;
7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergiker-Bettwäsche (= Encasings, bis max. 200,– Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung – nicht aber der Unterhalt – eines Blindenhundes.

Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, die genannten Geldbeträge anzupassen.

(4) Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt 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.

Nr. 12 Leistungshöchstgrenzen

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Höhe des erstattungsfähigen Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten.

(3) Der Versicherer verzichtet bei Krankenhausaufenthalten im Ausland auf die Anwendung von Abs. (2) Nr. 1 TB 2009 bleibt unberührt.

Nr. 13 Besondere Unterbringungsformen

(1) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

(2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

(3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 13 a Vor- und Nachuntersuchung

Der Versicherer leistet im Rahmen einer stationären Behandlung für je eine medizinisch notwendige ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 13 b Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

(1) Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn

– es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder
– die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltortes des Versicherten war.

(2) Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.

Die Kosten werden bei den unten aufgeführten Diagnosen ebenfalls ohne vorherige schriftliche Leistungszusage im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt, wobei der Entlassungstag bei der Berechnung der Frist nicht mitzählt:

– Herztransplantationen
– Bypassoperationen
– akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt
– Bandscheibenoperationen
– Gelenkersatzoperationen
– Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall)
– schweren Schädel - Hirnverletzungen
– Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen

Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehabilitationsträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt.

(6) Der Versicherer leistet in vertraglichem 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.

Nr. 14 Beitragsrückerstattung

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet.

Dies kann geschehen durch:

Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

Nr. 15 Leistungen bei unterjährigen Tarifbeginnen bzw. -wechseln

Im ersten Versicherungsjahr beträgt der Tarifselbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8 b MB/KK 2009).

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 16 a Terrorereignisse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.

Nr. 16 b Wehrdienstbeschädigung

Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 geleistet.

Nr. 16 c Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

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

Nr. 17 Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

(1) In der Krankheitskostenvollversicherung sind für maximal 8 Wochen einer stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme 80% der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig, sofern folgende Voraussetzungen insgesamt erfüllt sind:

– Es handelt sich um die erste Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Versicherungsbeginn in der Krankheitskostenvollversicherung;
– die Kostenübernahme wird vor Beginn der Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme beim Versicherer beantragt;
– es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
– es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung.

Über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinaus werden unabhängig vom versicherten Tarif keine weiteren tariflichen Leistungen für Entziehungs/Entwöhnungsmaßnahmen erbracht.

(2) Keine Leistungspflicht besteht in Zusatztarifen für gesetzlich Versicherte sowie in der Krankenhaustagegeldversicherung.

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

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

Nr. 18 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

(1) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, wird aus Tarifen mit Leistungen für stationäre Krankenhausbehandlung bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung – soweit dem Grunde nach kein Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger besteht und der Anspruch rechtzeitig und ordnungsgemäß beantragt wurde ein Kostenzuschuss gewährt, wenn der Versicherer diesen vor Beginn der Behandlung aufgrund eines ausführlichen ärztlichen Attestes schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

Die Zuschusshöhe ist abhängig vom versicherten Tarif, darf die tatsächlichen Kosten für Unterkunft und Behandlung aber nicht überschreiten. Die maximale Zuschusshöhe beträgt im Rahmen der Krankheitskostenvollversicherung bei Tarifen mit Leistungen für

– allgemeine Krankenhausbehandlung
  46,02 Euro pro Tag
– privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer
  71,58 Euro pro Tag
– privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer
  97,15 Euro pro Tag

im Rahmen der Krankheitskostenzusatzversicherung bei Tarifen mit Leistungen für

– privatärztliche Behandlung
  5,11 Euro pro Tag
– privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer
  12,78 Euro pro Tag
– privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer
  19,43 Euro pro Tag.

Bei Tarifen, die eine prozentuale Erstattung vorsehen, entspricht der maximale Zuschuss dem entsprechenden Prozentsatz der obigen Beträge.

Werden aus einem Kostentarif obige Leistungen erbracht, so wird aus Krankenhaustagegeldtarifen maximal die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes als Kostenzuschuss gezahlt. Insgesamt werden maximal die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet.

(2) Ein Anspruch für maximal 28 Tage besteht erstmals nach einer Versicherungsdauer von 48 Monaten oder innerhalb dieses Zeitraums nach einer Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussgesundheitsmaßnahme. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens 48 Monate nach Durchführung der letzten Kur-Maßnahme.

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

Nr. 19 Kur- und Badeorte

(1) Für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gewährt.

(2) Für eine ambulante Kurbehandlung werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, physikalische Therapie und Kurtaxe tariflich erstattet.

f) für Behandlungen durch Ehegatten, 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.

Nr. 19 a Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR, (siehe hierzu Nr. 4 a TB bei Wohnsitznahme in der EU bzw. EWR), sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

(2) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. (1) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. (1) keine Anwendung.

(4) Wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt, findet Abs. (1) ebenfalls keine Anwendung.

Nr. 19 b Anwendbares Recht und Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

Für Klagen von Versicherungsnehmern, die sich nicht in Deutschland aufhalten, gilt die in Nr. 36 TB 2009 geregelte Gerichtsstands- und Rechtsvereinbarung.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 20 Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.

Die Belege der in § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Kranheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandler vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

(3) Das Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

(4) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

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

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

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

Nr. 21 Wechselkurs

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

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

Nr. 22 Überweisungskosten

Kosten für eine normale Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Nr. 23 Eintrittsalter

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 23 Abs. 1, Satz 2, erreicht hat.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragzuschlag 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 Sechstels 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 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

Nr. 24 Beitragsfälligkeit

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(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 Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes.

Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfsbedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfsbedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt.

(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.

Nr. 25 Mahnkosten

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt 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.

Nr. 26 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer bei anderen als den in § 8 Abs, 6 MB/KK 2009 benannten Versicherung das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den „Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)“, auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag sowie der für die Betragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

Nr. 27 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor

(1) Der in § 8 b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2009 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife für die Versicherungsleistungen 10% und für die Sterbewahrscheinlichkeit 5%.

(2) Abweichend von der Regelung des § 8 b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2009, wonach der Versicherer bei dem in Absatz 1 genannten Vomhundertsatz die Überprüfung der technischen Berechnungsgrundlagen durchzuführen hat, kann der Versicherer unter den übrigen in § 8 b Abs. 1 MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung der erforderlichen zu den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen von mehr als 5% die Beiträge des jeweiligen Tarifs anpassen.

(3) Die Überprüfung aller Tarifbeiträge wird durchgeführt, wenn die Abweichung in mindestens einer Bestandsgruppe (Männer, Frauen, Kinder und Jugendliche) oberhalb des Anpassungsfaktors liegt.

(4) Unterscheidet sich das Leistungsversprechen der Tarife nur durch eine unterschiedliche prozentuale Erstattung oder unterschiedliche absolute Selbstbehalte, so gelten diese bei der Anpassung – unbeschadet des tariflichen Umwandlungsanspruches gemäß § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 – als ein Tarif.

(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 Selbstbehalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

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

Nr. 28 Meldung einer Krankenhausbehandlung

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.
§ 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

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

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

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

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

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

Nr. 29 Unfall-Krankenhaustagegeld

Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 – 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 kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Nr. 30 Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Jahre fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat.

Nr. 31 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

(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, nach dem 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.

Nr. 32 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(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 eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum 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 erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluß eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragunswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf den 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 Krankheitskostenvollversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

Nr. 33 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht. Darüber hinaus verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auch, wenn die Krankenhaustagegeldversicherung zusammen mit der inzwischen beendeten Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abgeschlossen wurde. Das verbleibende Kündigungsrecht kann vom Versicherer nur zum Ende des 3. Versicherungsjahres ausgeübt werden.

(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. 7 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

Nr. 34 Ehescheidungen, Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen.

Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

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

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

Nr. 35 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

(1) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die versicherte Person sich mehr als sechs Monate ununterbrochen im Ausland aufhält. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt ebenfalls vor, wenn mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate überschreiten und zwischen den einzelnen Auslandsaufenthalten ein Zusammenhang besteht.

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 MB/KK 2009 bzw. Nr. 4 Abs. (2) TB im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. (1) nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandaufenthalts bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 4 Abs. (2) TB getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 2009.

(4) Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts aus Deutschland kann der Versicherte stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht 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.

Nr. 36 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Auf das Versicherungsverhältnis ist ausschließlich deutsches Recht anwendbar.

(2) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 4 a TB 2009) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen:

Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht.

Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die deutschen Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen.

Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass ausser den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

All disputes between the parties hereto arising form or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law.

The venue for all disputes between the parties arising form or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz). This forum selection clause is also provide in English to emphasize that veneu in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not to be appropriate in any forum in the world other the locations set forth within this paragraph.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a) Nr. 2, 2a – 2c SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anlage) 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 geschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfsbedürftigkeit 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 hilfsbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzung wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 257 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz (2) wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. Diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt;
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. (1) des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze 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 insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das Jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
   a) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die in Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmer nach § 10 familienversichert wären.
   b) sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt.
   c) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden;
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz (2) erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz (2a) Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt.

Für in Absatz (2a) Satz 2 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. (1) des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

(2c) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes (2a) nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

Gültig ab 11.2008

21006771

EG Zahn Plus – Ergänzungsversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Ergänzender Krankheitskostentarif für Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Tarif	EG Zahn Plus
A. Leistungen des Versicherers in Deutschland und in ausländischen Staaten der europäischen Union	Leistungen der Grundversicherung sind zunächst in Anspruch zu nehmen. Leistungen bzw. Ablehnungen durch die Grundversicherung sind der AXA Krankenversicherung AG auf Verlangen nachzuweisen.
(1) Zahnersatz einschl. Implantate, Einzelkronen und Inlays	**35%** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. **40%** des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn in den drei Versicherungsjahren, die dem Beginn der Zahnersatzmaßnahme vorausgingen, jährlich Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und EG Zahn Plus während dieser Zeit bestanden hat. Als Nachweis zur Durchführung der Maßnahmen gilt eine Kopie des Bonusheftes, welches auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verwendet wird oder im Tarif EG Zahn Plus durchgeführte Zahnprophylaxemaßnahmen. Die Leistung der AXA Krankenversicherung AG ist wie folgt begrenzt (Zahnstaffel): **Versicherungsjahre** — **Maximale Leistung insgesamt** 1. Jahr — 250,– Euro 1. bis 2. Jahr — 500,– Euro 1. bis 3. Jahr — 1.000,– Euro 1. bis 4. Jahr — 1.500,– Euro Ab dem 5. Versicherungsjahr und bei unfallbedingter Behandlung während der ersten vier Versicherungsjahre ist die Höchstleistung jeweils auf 2.500,– Euro jährlich beschränkt. Bei einem Erstattungsprozentsatz von 40% entfällt der ab dem 5. Versicherungsjahr vorgesehene Höchstbetrag. Die Gesamtleistung – GKV und AXA Krankenversicherung – ist beschränkt auf **90% des Rechnungsbetrages**. Vor Beginn von Zahnersatzmaßnahmen ist ab einem Rechnungsbetrag von 2.500,– Euro der AXA Krankenversicherung AG ein Heil- und Kostenplan vorzulegen.
(2) Zahnprophylaxe und PZR (professionelle Zahnreinigung)	**50%** der Kosten für Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung, max. 100,– Euro pro Versicherungsjahr.
B. Wartezeiten	Die Wartezeit beträgt 8 Monate. Für Prophylaxemaßnahmen und professionelle Zahnreinigung gemäß A. 2 und für Unfälle besteht keine Wartezeit.
C. Anerkennung der Zahnprophylaxemaßnahmen bei Tarifwechsel	Weist der Versicherungsnehmer für die versicherte Person nach, dass diese während der letzten 3 Kalenderjahre Zahnprophylaxe im Rahmen der Vorgaben der GKV oder Zahnprophylaxemaßnahmen im Tarif EG Zahn Plus durchgeführt hat, gilt folgendes: Die versicherte Person erhält bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung, bei der die Höhe des Versicherungsschutzes von der Erfüllung von Prophylaxemaßnahmen abhängt, ab Beginn einen um 10% höheren Versicherungsschutz für Zahnersatz. In Kombination mit anderen Tarifen gilt diese Erhöhung nicht mehrfach. Voraussetzung für die Anerkennung der Prophylaxemaßnahmen ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt des Tarifwechsels mindestens 12 Monate in Tarif EG Zahn Plus versichert ist.
D. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und deren dort mitversicherte Familienangehörige.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

Wann handelt es sich um einen Unfall?

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

Jeden Unfall bitte innerhalb von 10 Tagen ab Unfallereignis melden.

Prophylaxe

AXA belohnt regelmäßige vorsorgende Zahnarzt-Besuche, die während der Laufzeit des Versicherungsschutzes vorgenommen werden. Hier kann der Erstattungssatz und die Erstattungshöhe im Tarif EG Zahn Plus gesteigert werden.

Fluoridversiegelung und Zahnsteinentfernung sind wichtig

Die Gesetzliche Krankenversicherung trägt nicht alle Kosten einer zahnmedizinisch sinnvollen Behandlung.

Bei Kindern trägt die GKV die Kosten für eine Fissurenversiegelung. Zahnsteinentfernung wird nur einmal pro Jahr erstattet.

Zahnmediziner empfehlen allerdings Fluoridierung und eine zweite Zahnsteinentfernung.

21003732

EG pro – Ergänzungsversicherung für ambulante Heilbehandlung mit Auslandsreisekrankenversicherung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Ergänzung deren Leistungen

Tarif	EG pro
A. Leistungen der AXA Krankenversicherung für Heilbehandlung in Deutschland und in ausländischen Staaten der Europäischen Union	Die Leistungen der GKV sind zunächst in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen. Gleiches gilt für Ablehnungen durch die GKV.
(1) Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker	**50%** der erstattungsfähigen Kosten für die Behandlung durch Heilpraktiker einschließlich Heil- und Hilfsmittel und Medikamente werden bis zu einer Gesamtleistung von maximal **256,– Euro** pro Versicherungsjahr gezahlt.
(2) Sehhilfen	Sofern die GKV eine Leistung erbringt, werden **80%** der erstattungsfähigen Restkosten, höchstens jedoch **130,– Euro** für eine Sehhilfe bezahlt. Besteht kein Anspruch auf eine Leistung aus der GKV, erstattet der Versicherer für den Bezug von Sehhilfen maximal **130,– Euro** innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.
(3) Zahnersatz einschließlich Einzelkronen, Inlays und Implantaten	Die AXA Krankenversicherung erstattet unter Anrechnung der Leistung der GKV **85% des Rechnungsbetrages.** Wie bei der GKV werden Vorsorgemaßnahmen belohnt: Deshalb erhöhen sich die Leistungen insgesamt auf **95% des Rechnungsbetrages,** sofern in den letzten 5 Jahren vor der Maßnahme eine regelmäßige Zahnprophylaxe durchgeführt wurde. Und wenn in den letzten 10 Jahren vor der Maßnahme eine regelmäßige Zahnprophylaxe durchgeführt wurde, erhöhen sich die Leistungen insgesamt sogar auf **100% des Rechnungsbetrages.** In allen Fällen gilt, dass die Leistungen der GKV angerechnet werden. Nach Vorlage eines Nachweises über Ihren GKV-Anspruch für Zahnersatz kommen Sie in den Genuss des entsprechenden Erstattungssatzes, der sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag bezieht. Die Leistung der AXA Krankenversicherung ist wie folgt begrenzt (Zahnstaffel): **Versicherungsjahre** – **Maximale Leistung insgesamt** 1. Jahr – 250,– Euro 1. bis 2. Jahr – 500,– Euro 1. bis 3. Jahr – 750,– Euro 1. bis 4. Jahr – 1.000,– Euro Bei unfallbedingter zahnärztlicher Behandlung entfällt die Zahnstaffel. Die Zahnstaffel für die ersten vier Versicherungsjahre gilt für Verträge bzw. Teilverträge ab Versicherungsbeginn 1.1.2002. Ab dem 5. Versicherungsjahr und bei unfallbedingter Behandlung während der ersten vier Versicherungsjahre ist die Höchstleistung jeweils auf 1.790,– Euro jährlich beschränkt.
B. Leistungen der AXA Krankenversicherung für Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland	Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen oder der nach Vorleistung der GKV verbliebenen Restkosten für unvorhersehbar eintretende Versicherungsfälle für 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Heil-, Arznei- und Verbandmittel; 3. Krankenhausbehandlung und Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; 4. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen. 5. Rücktransport oder Überführung aus Europa bis 5.000,– Euro, aus dem übrigen Ausland bis 10.000,– Euro. Muss für einen Rücktransport ein zugelassenes Sanitätsflugzeug in Anspruch genommen werden, entfällt die Leistungsbegrenzung. Für den Rücktransport ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dies aus medizinischen Gründen möglich ist. Der Versicherungsschutz bei Reisen ins Ausland • gilt jeweils für die ersten 42 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen; • gilt nicht für – Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren; – Behandlungen, von denen bei Reiseantritt 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; • endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – spätestens mit Ende der Reise. Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus; widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person. • gilt ohne Einhaltung von Wartezeiten.
C. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und deren dort mitversicherte Familienangehörige.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif EG pro oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B. Krankenhausbehandlung
- z. B. Heilpraktikerbehandlung, Sehhilfen und Zahnersatz, sofern diese Leistungen in ausländischen Staaten außerhalb der Europäischen Union bezogen werden

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Folgendes gilt für Personen mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen aus der GKV:

  Bei Sehhilfen lassen Sie bitte von Ihrem Optiker eine Rechnung ausstellen. Legen Sie die Rechnung des Optikers bitte zunächst Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zur Erstattung vor. Anschließend reichen Sie uns bitte die Rechnungskopie mit dem Leistungsvermerk der Krankenkasse ein.
- **Bei Rechnungen für Zahnersatz** weisen Sie uns bitte die in den letzten Jahren durchgeführten Prophylaxe-Maßnahmen nach. Denn davon hängt Ihre Gesamtleistung ab. Als Nachweis zählt z. B. der Erstattungsvermerk Ihrer Krankenkasse oder eine Kopie Ihres zahnärztlichen Bonusheftes.

  Auch, wenn die Krankenkasse für Inlays keine Kosten übernimmt, erstatten wir mindestens 85% der Rechnung (bis max. zu den in der Zahnstaffel genannten Beträgen). Wir steigern auch hier den Erstattungssatz auf 95% bzw. 100%, sofern Sie im oben genannten Rahmen Prophylaxe-Maßnahmen durchgeführt haben.
- **Bei Rechnungen für Behandlungen im Ausland** müssen Sie vor Ort bezahlen. Legen Sie diese Rechnungen bitte zunächst Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zur Erstattung vor und reichen Sie uns anschließend Rechnungs-Duplikate mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung ein.

  Bei Notfällen im Ausland steht Ihnen rund um die Uhr unser Service-Telefon zur Verfügung:

  Vorwahl Deutschland (in der Regel 0049) 180 3 – 55 66 22.

  Es gilt der Tarif der Telefongesellschaft im jeweiligen Land.

Beitragszahlung

- Mit Vollendung des 20. Lebensjahres gelten nicht mehr die Kinder- bzw. Jugendlichenbeiträge. Es sind dann die höheren Erwachsenenbeiträge zu zahlen.

VG390

KG für stationäre Krankenhausbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung nach Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, einer privaten Krankenversicherung oder nach Gewährung von Beihilfe für beihilfeberechtigte Beamte und Tarifvertragskräfte im öffentlichen Dienst.

Tarif/Klasse	KG 2
A. Leistungen des Versicherers	Volle Erstattung der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse, Ersatzkasse oder studentischen Pflichtkrankenversicherung bzw. nach Gewährung der Beihilfe (Grundversicherung). Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines **Zweibettzimmers und privatärztlicher Behandlung** als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder der 2. Pflegeklasse, soweit diese die Leistungen der Grundversicherung, die zunächst in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen sind, übersteigen. In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen für die Operation selbst, nicht jedoch für sonstige im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. Besteht für die versicherte Person keine Grundversicherung, so tritt an Stelle der Vorleistung durch diese eine Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers in Höhe von 270 Euro täglich. Bei einem Ansteigen der von der Grundversicherung übernommenen durchschnittlichen Kosten erhöht sich dieser Satz entsprechend. Der erhöhte Satz wird nach einem dem unabhängigen Treuhänder gegenüber geschäftsplanmäßig festgelegten Verfahren ermittelt und den Versicherungsnehmern rechtzeitig mitgeteilt.
B. Ersatzleistung und Selbstbehalt	(1) Nehmen Versicherte des Tarifes KG 2 versicherte Leistungen nicht in Anspruch, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt. Nehmen sie nicht versicherte Wahlleistungen des Krankenhauses in Anspruch, hat der Versicherungsnehmer insoweit einen täglichen Selbstbehalt (SB) zu tragen. Im einzelnen gilt Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) **mit** privatärztlicher Behandlung — SB: 40 Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig. Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) **ohne** privatärztliche Behandlung — SB: 6 Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig. Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) **ohne** privatärztliche Behandlung — Ersatzleistung KHT: 34 Euro Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BPflV (3. Pflegeklasse) **mit** privatärztlicher Behandlung — Ersatzleistung KHT: 24 Euro Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BPflV (3. Pflegeklasse) **ohne** privatärztliche Behandlung — Ersatzleistung KHT: 58 Euro (2) Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 512 Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.
C. Zusatzleistung für eine Begleitperson bei Kindern	Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft einer das Kind begleitenden Bezugsperson entstehen. Voraussetzungen: 1. Das Kind hat sein 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Bezugsperson ist nach einem unserer Krankenhauskostentarife versichert. 3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BPflV abgegolten. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.
D. Zusatzleistungen für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung als Privatpatient	Volle Erstattung der rein ärztlichen Kosten der ambulant im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten Aufnahme- und Abschlußuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt.
E. Besondere Bestimmungen	Berechnen die Krankenhäuser nicht nach der BPflV, sondern nach Pflegeklassen, so entspricht die 1. Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse der allgemeinen Krankenhausleistung nach § 2 BPflV eines Krankenhauses. Bei verschiedenen Unterbringungsarten während eines Krankenhausaufenthaltes wird anteilig der Zeit der Unterbringung geleistet. Den Nachweis über die Unterbringungsart hat der Versicherungsnehmer zu führen.
F. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und ihre dort im Rahmen der Familienversicherung mitversicherten Familienangehörigen sowie Beihilfeberechtigte und Versicherte einer deutschen privaten Krankenversicherung sowie ihre Familienangehörige, soweit sie mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif KG 2 oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B. Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen – bitte wenden Sie sich rechtzeitig an den zuständigen Rentenversicherungsträger (BfA oder LVA). Erst wenn von diesem eine Kostenübernahme abgelehnt wird, können freiwillige Leistungen erbracht werden. Fügen Sie ggf. bitte Ihrem Antrag an uns eine Kopie des Ablehnungsbescheides bei.
- z. B. stationäre Vorsorgeuntersuchung („großer Check-up“)

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen („Gemischte Anstalten“), benötigen Sie auf jeden Fall vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage. Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort oder im Ausland liegt.
- Als Inhaber unserer Card für Privatversicherte können Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus alle Formalitäten schnell und bequem erledigen. Es ist keine Vorauszahlung für den Zweibettzimmer-Zuschlag zu leisten.

  Die Rechnung des Krankenhauses über den Unterbringungszuschlag wird dann unmittelbar an uns geschickt, während der Arzt seine Liquidation an Ihre Anschrift richtet. Reichen Sie uns diese Rechnung dann bitte im Original ein. Die Kostenerstattung erfolgt generell auch dann,wenn die Rechnung noch nicht beglichen wurde.
- Die tägliche Selbstbeteiligung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse (z.Z. 10 Euro pro Tag) erstatten wir Ihnen gegen entsprechenden Nachweis.
- Bietet das Krankenhaus keine Möglichkeit der Unterbringung im Zweibett-Zimmer, steht Ihnen das im Tarif genannte Ersatzkrankenhaustagegeld zu. Es erhöht sich, wenn zusätzlich keine privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird.

21005871

KGH 2med für stationäre Krankenhausbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung bei Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung für Human- oder Zahnmedizinstudenten, Ärzte und Zahnärzte und deren Familienangehörige.

Tarif/Klasse	KGH 2med
A. Leistungen des Versicherers	Volle Erstattung der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung bei Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse, Ersatzkasse oder studentischen Pflichtkrankenversicherung (Grundversicherung). Erstattungsfähig sind – Kosten für gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer – Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarzt- und Belegarztbehandlung) – Kosten eines medizinisch notwendigen Transports innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus – Kosten der täglichen Zuzahlung nach § 39 (4) SGBV (nur bei gesetzlich Versicherten) – Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, falls der Versicherte ein anderes als in der Einweisung genanntes Vertragskrankenhaus gemäß § 108 SGBV wählt (nur bei gesetzlich Versicherten). In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen für die Operation selbst, nicht jedoch für sonstige im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.
B. Ersatzleistung und Selbstbehalt	(1) Wird Unterbringung im Einbettzimmer berechnet, ist ein Selbstbehalt in Höhe von 40,– Euro je Tag zu tragen. Erfolgt die Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BPflV, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld von 24,– Euro gezahlt. (2) Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 512,– Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.
C. Zusatzleistung für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung als Privatpatient	Volle Erstattung der rein ärztlichen Kosten der ambulant im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt.
D. Versicherungsfähigkeit	1. Versicherungsfähig sind, sofern Sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Human- oder Zahnmedizinstudenten, Ärzte und Zahnärzte sowie ihre Familienangehörigen, soweit sie mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben und das 20. Lebensjahr vollendet haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit – auch einer versicherten Person – ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. 2. Die Versicherungsfähigkeit endet mit Vollendung des 34. Lebensjahres, bzw. sofern die für die Laufzeit vorgesehene Höchstdauer von 60 Monaten erreicht wird. Endet die Versicherungsfähigkeit nach Tarif KGH 2med, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb von 2 Monaten ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten das Versicherungsverhältnis nach Tarif KGH 2 oder Tarif KG 2 unbefristet fortzusetzen, sofern Versicherungsfähigkeit besteht. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen.
E. Besondere Bestimmungen	Abweichend von § 8a Abs. 1 und 2 MB/KK 2009 erfolgt die Berechnung der Beiträge nach Art der Sachversicherung.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif KGH 2med
Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B. Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen – bitte wenden Sie sich rechtzeitig an den zuständigen Rentenversicherungsträger (BfA oder Versorgungswerk der Ärzte). Erst wenn von diesem eine Kostenübernahme abgelehnt wird, können freiwillige Leistungen erbracht werden. Fügen Sie in diesem Fall bitte Ihrem Antrag an uns eine Kopie des Ablehnungsbescheides der BfA oder des Versorgungswerks bei.
- z. B. stationäre Vorsorgeuntersuchung („großer Check-up“)
- z. B. Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video können nicht übernommen werden.

  Um diese Kosten aufzufangen, empfiehlt sich der Abschluss einer zusätzlichen Krankenhaustagegeldversicherung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen („gemischte Anstalten“), benötigen Sie vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage.

  Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort oder im Ausland liegt.
- Als Inhaber der AXA ChipCard können Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus alle Formalitäten schnell und bequem erledigen. Es sind keine Vorauszahlungen für den Zweibettzimmer-Zuschlag zu leisten.

  Die Rechnung des Krankenhauses über den Unterbringungszuschlag wird dann unmittelbar an uns geschickt.

  Der Arzt richtet seine Liquidation an Ihre Anschrift. Reichen Sie uns diese Rechnung dann bitte im Original ein. Die Kostenerstattung erfolgt auch dann, wenn die Rechnung noch nicht beglichen wurde.

Für die Unterbringung im Einbettzimmer sieht der Tarif KGH 2med eine Selbstbeteiligung in Höhe von 40,– Euro pro Tag vor.

Berechnet das Krankenhaus einen Einbettzimmer-Zuschlag, so kürzen wir unsere Erstattung um 40,– Euro pro Behandlungstag, und zwar unabhängig von der tatsächlichen Höhe des berechneten Zuschlags.

Das Krankenhaus wird Ihnen den entsprechenden Betrag anschließend in Rechnung stellen. Sie können diese Differenz über eine Krankenhaustagegeldversicherung bei uns abdecken, deren Leistung wir grundsätzlich an Sie auszahlen.

Die Überweisung an das Krankenhaus übernehmen Sie dann bitte selbst.

Was müssen Sie beachten, wenn Sie (länger) ins Ausland reisen

Der tarifliche Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.

Verlegen Sie jedoch Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) – derzeit gehören dem EWR alle Staaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen an – haben Sie Versicherungsschutz, ohne dass eine Begrenzung auf die in Deutschland üblichen Kosten erfolgt. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn Sie länger als 6 Monate im Ausland sind.

In Staaten außerhalb des EWR haben Sie für Aufenthalte mit einer Gesamtdauer bis zu sechs Monaten tariflichen Versicherungsschutz.

In beiden Fällen haben Sie die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz bei uns fortzuführen, egal wie lange Ihr Auslandsaufenthalt dauert. Hierzu ist es aber unbedingt erforderlich, dass Sie vor Ablauf von sechs Monaten bei uns einen schriftlichen Antrag auf Fortsetzung des Versicherungsschutzes stellen. Wir garantieren Ihnen, dass wir mit Ihnen eine besondere Vereinbarung treffen, die Ihren Versicherungsschutz aufrechterhält, sofern Ihr Antrag fristgerecht bei uns eingeht. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir im Rahmen einer solchen besonderen Vereinbarung für Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten (z. B. USA) Beitragszuschläge für die Dauer des Auslandsaufenthaltes erheben müssen.

Bitte versäumen Sie bei längeren Auslandsaufenthalten bzw. bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land der EU oder des EWR keinesfalls, den Antrag auf Fortführung frühzeitig, auf jeden Fall aber fristgerecht zu stellen. Nach Ablauf von sechs Monaten – die Zeiten mehrerer Auslandsaufenthaltes innerhalb eines Jahres werden addiert, wenn die Auslandsaufenthalte in einem direkten Zusammenhang zueinander stehen (z. B. falls Sie einen langfristigen Auslandsaufenthalt durch einen Heimaturlaub in Deutschland unterbrechen) – besteht ohne Vereinbarung kein Versicherungsschutz mehr!

Der gesamte Versicherungsvertrag endet in diesem Fall zum Ablauf des sechsten Monates des Auslandsaufenthaltes.

Falls Sie sich ins Ausland begeben, um sich dort behandeln zu lassen oder zu entbinden, gilt für Staaten, die nicht dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) angehören, folgendes:

Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland im Vergleich zu den Kosten, wie diese in Deutschland entstanden wären, haben Sie selbst zu tragen. Bitte wenden Sie sich vor einer Auslandsreise zur Heilbehandlung/Entbindung deshalb unbedingt an uns, um den Umfang der Versicherungsleistung zu klären.

Bitte nennen Sie uns vor Reiseantritt, spätestens aber zu Beginn des dritten Monats des Auslandsaufenthaltes eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift, um sicherzustellen, dass wir Sie auch während des Auslandsaufenthaltes schriftlich erreichen können; die zusätzliche Nennung einer Telefon oder Fax-Nummer bzw. einer E-Mail-Adresse ist hilfreich. Treffen Sie auch Vorsorge dafür, dass die Beiträge zu Ihrer Krankenversicherung regelmäßig von uns abgebucht werden können bzw. bei uns eingehen.

VG571
Tarif: KHTE-N für Krankenhaustagegeld
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Stand: 08.2008

Teil III: Krankenhaustagegeld-Versicherung

A. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer leistet Krankenhaustageld bei stationärer Heilbehandlung (Krankheit, Unfall, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung) in der versicherten Höhe je Tag der Krankenhausbehandlung.

Bei Psychotherapie wird das Krankenhaustagegeld höchstens für 30 Behandlungstage im Kalenderjahr gezahlt.

Bei ärztlicher Einweisung in einen Sanitätsbereich oder eine diesem gleichstehende Einrichtung wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag eines solchen Aufenthaltes gezahlt.

B. Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte

Wird der Tarif KHTE-N in Verbindung mit einer Krankheitskosten- Vollversicherung für Beihilfeberechtigte zum Ausgleich von Begrenzungen der beihilfefähigen Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung abgeschlossen, so erfolgt bei Änderung der Begrenzung auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung. Bei einer dadurch bedingten Erhöhung des Krankenhaustagegeldes finden die Bedingungen für eine Tariferhöhung zwar grundsätzlich Anwendung, jedoch werden nach dem Zeitpunkt der Anpassung die erhöhten Leistungen auch für die Versicherungsfälle ohne erneute Wartezeit und ohne einen besonderen Risikozuschlag gewährt, die nach dem ursprünglichen Vertragsbeginn eingetreten waren.

Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Tariferhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Festsetzung des veränderten Satzes erfolgt. Die Tariferhöhung kann frühestens zum 1. des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer einging.

C. Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung

1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind
   a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.
   b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.
2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem
   a) die Ausbildung endet,
   b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),
   c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,
   d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.

   Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.

   Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.

   Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.
3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter).

   Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.
4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.
5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen.

   Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2000) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009).

Sofern ein Beihilfeanspruch besteht und entsprechende Tarife versichert werden/sind, gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbestimmungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD.

Gültig ab 01.2009

21002006

KTA – Krankenhaustagegeld-Versicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankenhaustagegeld-Versicherung für die Heilberufe Arzt, Zahnarzt, Tierarzt und Apotheker sowie deren Familienangehörige, soweit sie im Haushalt des Versicherungsnehmers leben.

Tarif	**KTA** Die Tarifbezeichnung KTA wird ergänzt durch den Euro-Betrag des versicherten Krankenhaustagegeldes
Leistungen des Versicherers	Krankenhaustagegeld bei stationärer Heilbehandlung (Krankheit, Unfall, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung) in der versicherten Höhe. Das Krankenhaustagegeld beträgt höchstens 60 Euro.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 11.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif KTA oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- Für die Zeit eines Kuraufenthaltes wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Wir benötigen eine Bescheinigung auf einem Kopfbogen des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes (Aufnahme- und Entlassungsdatum, ggf. Beurlaubung) mit Ihrem Namen und der Krankheitsbezeichnung (Diagnose).
- Bei einer teilstationären Behandlung haben Sie Anspruch auf die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes. Als „teilstationär“ bezeichnet man stationäre Behandlungen, die im Gegensatz zu „vollstationären“ Behandlungen – nicht ganztägig (24 Stunden pro Tag) durchgeführt werden, also zum Beispiel nur tagsüber stattfindende Behandlungen in sogenannten „Tageskliniken“.
- Ambulante Entbindungen und ambulante Operationen gelten – auch wenn sie im Krankenhaus durchgeführt werden – nicht als teilstationäre Behandlungen.

21005818

PRIVAmed – Ergänzungsversicherung für ambulante Heilbehandlung für gesetzlich krankenversicherte Humanmediziner, die das Kostenerstattungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 13 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) gewählt haben

Teil III: Krankheitskostentarif

Tarif	PRIVAmed
A. Leistungen des Versicherers	
(I) Erstattungsfähige Aufwendungen a) Ambulante Heilbehandlung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung einschließlich ambulant durchgeführter Operationen sowie ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 4 (3) MB/KK 2009 sowie Nr. 11 TB 2009. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen von und Verordnungen durch Heilpraktiker. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel – außer Sehhilfen – nach Nr. 11 (3) TB 2009, sowie medizinisch notwendige Hilfsmittel in funktionaler Standardausführung für die die gesetzliche Krankenversicherung eine Vorleistung erbringt. Werden dem Grunde nach erstattungsfähige Hilfsmittel nicht über AXA Krankenversicherung AG bezogen bzw. von ihr beschafft, so ist der Versicherer berechtigt, die erstattungsfähigen Aufwendungen hierfür auf den Betrag zu kürzen, für den der Versicherer ein adäquates Hilfsmittel in funktionaler Standardausführung hätte beschaffen können. Bei einem Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag bis zu 250,– Euro verzichtet der Versicherer auf die Kürzung gemäß dem vorgenannten Satz, falls dieses in einem Kalenderjahr nicht mehrfach bezogen wird. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie durch die in Nr. 9 (2) Satz 1 TB 2009 genannten Behandler. Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ist darüber hinaus erstattungsfähig, wenn der Psychotherapeut im Ärzteregister der gesetzlichen Krankenversicherung eingetragen ist.
b) Gebührenordnung	Abweichend von Nr. 10 Satz 2 TB 2009 gilt: Erstattungsfähig sind Aufwendungen nur bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Psychotherapeuten (GOP), d. h. bis zum – 2,3-fachen Satz für persönlich erbrachte ärztliche Leistungen – 1,15-fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen – 1,8-fachen Satz für sonstige medizinisch technische Leistungen. Über diese Sätze hinaus berechnete Gebühren sind nicht erstattungsfähig.
c) gesetzliche Zuzahlungen und Abzug von Verwaltungskosten durch die gesetzliche Krankenversicherung	Erstattungsfähig sind durch die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 13 (2) Satz 9 SGB V in Abzug gebrachte Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie gesetzliche Zuzahlungen nach § 61 bzw. § 28 (4) SGB V, soweit diese für Leistungen gemäß a) in Abzug gebracht werden (z. B. Praxisgebühr bei Ärzten, Zuzahlung für Medikamente).
d) Selbstbehalte bei der gesetzlichen Krankenversicherung	Nicht erstattungsfähig sind durch die gesetzliche Krankenversicherung in Abzug gebrachte Selbstbehalte, die gemäß § 53 SGB V von gesetzlich Krankenversicherten gewählt werden können.
(II) Tarifliche Leistungen a) Vorrangige Inanspruchnahme der gesetzlichen Krankenversicherung und Nachweis über die Höhe der Vorleistung	Voraussetzung für die Bearbeitung und die tarifliche Erstattung eines jeden Kostenbelegs durch AXA Krankenversicherung AG ist, dass dieser zuvor der gesetzlichen Krankenversicherung des Versicherten vorgelegt wurde und die Höhe der Vorleistung bzw. die Ablehnung der Leistungsübernahme von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgewiesen ist. Für Kostenbelege ohne Vorleistungsnachweis der gesetzlichen Krankenversicherung können von AXA Krankenversicherung AG keine Leistungen erbracht werden. Der Vorleistungsnachweis muss für jeden einzelnen Beleg erbracht sein.
b) Höhe der Leistungen	Die **bei Vorleistung** der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden gemäß A (I) erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Kalenderjahr und versicherte Person 1. bei gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen zu 100% erstattet 2. bei allen anderen Leistungen – außer Psychotherapie – zu 80% erstattet; d. h. es verbleibt eine Selbstbeteiligung von 20%, höchstens jedoch 500,– Euro pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden alle weiteren Aufwendungen mit den Voraussetzungen des vorgenannten Satzes zu 100% erstattet. Die **ohne Vorleistung** der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen – außer Psychotherapie – werden zu 80% erstattet. Bei Psychotherapie werden unabhängig davon, ob die gesetzliche Krankenversicherung eine Vorleistung erbringt, verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen – zu 80% für die 1. bis zur 30. Sitzung – zu 60% für die 31. bis zur 60. Sitzung – zu 50% ab der 61. Sitzung erstattet.
B. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig nach Tarif PRIVAmed sind ausschließlich Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und dort im Rahmen der Familienmitversicherung versicherte Personen, die jeweils nach § 13 (2) SGB V Kostenerstattung gewählt haben. GKV-Mitglieder, die nicht nach § 13 (2) SGB V Kostenerstattung gewählt haben, sind nicht versicherungsfähig. Versicherungsfähig nach Tarif PRIVAmed sind als Versicherungsnehmer ausschließlich Ärzte (Humanmediziner, nicht Zahnärzte). Mitversicherbar nach Tarif PRIVAmed sind der Ehe- bzw. Lebenspartner des Versicherungsnehmers, wenn und solange dieser mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebt, sowie deren Kinder, solange sie familienversichert sind. Für den nach Tarif PRIVAmed mitversicherten Lebenspartner sowie dessen mitversicherte Kinder gilt die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 (1) g) MB/KK 2009 entsprechend; eine Behandlung durch den Versicherungsnehmer ist der Behandlung eines Ehegatten- bzw. eines Elternteils gleichgestellt. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person – insbesondere bei Inanspruchnahme des Sachleistungsprinzips bei der gesetzlichen Krankenversicherung – endet insoweit für diese Person die Versicherung nach Tarif PRIVAmed. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer nach Tarif PRIVAmed versicherten Person ist dem Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen.
C. Option	Werden zukünftig Leistungen aus der GKV gestrichen, die sich auf die im Tarif PRIVAmed versicherten Leistungsbereiche beziehen, und bietet AXA Krankenversicherung AG eine entsprechende Ergänzungsversicherung zu der Kürzung an, so können die Versicherten diese Ergänzung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten innerhalb von 2 Monaten nach Angebot der entsprechenden Versicherung durch AXA Krankenversicherung AG abschließen.

D. Bonifikationen	
a) Nichtraucher- und Body-Maß-Index-Bonus	Versicherte Personen, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben und die nachweisen, dass sie seit mindestens 6 Monaten nicht oder nicht mehr rauchen, erhalten einen Verhaltensbonus in Höhe von 25,– Euro. Versicherte Personen, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben und einen Body-Mass-Index zwischen 18,5 und 25 nachweisen, erhalten einen Verhaltensbonus in Höhe von 25,– Euro. Der Anspruch kann einmal pro Versicherungsjahr geltend gemacht werden, frühestens jedoch 6 Monate nach Versicherungsbeginn bzw. 6 Monate nach der letztmaligen Inanspruchnahme dieser Leistungen. Der Versicherungsnehmer kann der AXA Krankenversicherung AG den jeweiligen Nachweis für sich und alle im selben Vertrag versicherten Personen selbst erbringen. Bei unrichtigen Angaben für eine versicherte Person entfällt der Bonus für alle in dem Vertrag versicherten Personen dauerhaft. Die gesetzlichen Bestimmungen zur außerordentlichen Kündigung bleiben hiervon unberührt.
b) Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit	Versicherte erhalten für leistungsfreie Versicherungsjahre eine Beitragsrückerstattung. Erwachsene, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben, erhalten 100,– Euro pro Versicherungsjahr, Versicherte, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhalten 50,– Euro pro Versichrungsjahr. Hinsichtlich der Beitragsrückerstattung richtet sich die Fälligkeit des Anspruches nach Nr. 14 (4) TB 2009. In Anspruch genommene Leistungen nach A II b 1 (Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen mit GKV-Vorleistung) sowie Bonifikationen nach a) berühren den Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht.
E. Wartezeiten	Alle Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009 entfallen im Tarif PRIVAmed.
F. Sonstiges	Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann in diesem Tarif unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B. Krankenhausbehandlung und zahnärztliche Behandlung
- z. B. Behandlung und Verordnungen durch Heilpraktiker
- z. B. schulmedizinisch überwiegend nicht anerkannte Behandlungsmethoden
- z. B. einige Schutzimpfungen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), nicht rezeptpflichtige Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze
- z. B. Psychotherapie durch nichtärztliche Psychotherapeuten, die nicht im Ärzteregister der gesetzlichen Krankenversicherung eingetragen sind

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Durch die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse werden Sie bei Ihrem Arzt zum „Selbstzahler", also zum Privatpatient. Somit wird Ihnen Ihr Arzt eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) schreiben, die vom Gesetzgeber für die Erstattung bei privater ärztlicher Abrechnung vorgeschrieben ist. Bitte geben Sie hierzu Ihrem Arzt – wenn möglich vor Beginn der Behandlung – das Ihren Versicherungsunterlagen beigelegte Merkblatt „Wichtige Kundeninformation zu den Tarifen PRIVAplus und PRIVAmed".
- Es können von AXA Krankenversicherung AG nur Rechnungen, Rezepte etc. **mit Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** bearbeitet werden (auch wenn diese eine Erstattung ablehnt). Bitte reichen Sie deshalb sämtliche Rechnungen, Rezepte, etc. **zunächst bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** ein und schicken Sie uns diese erst mit dem Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu. Auf jedem Kostenbeleg muss ein Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse ausgewiesen sein.
- Bei jeder Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.
- Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit den Arztrechnungen einreichen, allerdings erst dann, wenn der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100,– Euro ist (damit Sie Ihren Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht gefährden).
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel werden nur dann erstattet, wenn sie vorher ärztlich verordnet wurden. Den Umfang der Erstattung bei Heilmitteln regelt die in Ihren AVB enthaltene Heilmittelliste. Bitte lesen Sie diese vor der Inanspruchnahme von Massagen, Krankengymnastik, Bädern, etc. dringend durch!
- AXA Krankenversicherung AG kann verordnete Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sprechhilfen, Krankenfahrstühle, etc.) in vielen Fällen deutlich preisgünstiger organisieren als diese im freien Handel angeboten werden. **Bitte wenden Sie sich deshalb vor Bezug eines Hilfsmittels unbedingt an uns**, sofern das Hilfsmittel einen Beschaffungswert von mehr als 250,– Euro hat oder mehrfach pro Kalenderjahr bezogen werden muss.

  Wir kümmern uns dann um die möglichst preisgünstigste Beschaffung und halten somit unsere Kosten und Ihren Eigenanteil so klein wie möglich.

  Bitte bedenken Sie, dass wir tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen für ein o.g. Hilfsmittel, das nicht über uns bezogen wurde, auf den Betrag kürzen, für den wir es hätten beschaffen können.

Für welche Vorsorgeuntersuchungen erhalten Sie eine Erstattung der Kosten?

- Damit Ihre Gesundheit langfristig gesichert ist, erstatten wir nicht nur die Kosten der Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen, sondern auch darüber hinaus. Im Merkblatt "Kundeninformation zum Tarif PRIVAmed" haben wir diese Vorsorgeuntersuchungen aufgelistet, die durch Ihren Versicherungsschutz gedeckt sind und zur Hilfestellung die entsprechenden Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte mit aufgeführt. Bitte zeigen Sie dies Ihrem Arzt vor Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung.

Wie erhalten Sie Ihre Bonifikationen?

- Die Auszahlungen zur Beitragsrückerstattung erfolgen automatisch im dritten Quartal des Folgejahres, Sie brauchen hierzu keinen Antrag auf Erstattung einreichen.
- Die Auszahlungen zu den Verhaltensboni (Nichtraucher, Normalgewichtige) beantragen Sie bitte ausschließlich mit dem Ihren Versicherungsunterlagen beiliegenden Formular. Sobald Sie einen diesbezüglichen Antrag stellen, erhalten Sie ein neues Formular zugesandt, mit dem Sie dann ggf. im nächsten Jahr Ihren Antrag auf Auszahlung der Verhaltensboni einreichen können.

Wichtige Kundeninformation zu den Tarifen PRIVAplus und PRIVAmed

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit der Wahl des Tarifs PRIVAplus bzw. PRIVAmed haben Sie als gesetzlich Krankenversicherter die richtige Entscheidung getroffen. Wir möchten Sie mit diesem Merkblatt nochmals auf einige wichtige Punkte Ihres Versicherungsschutzes hinweisen. Den vollständigen Umfang Ihres Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsbedingungen (Teil 1+2, AVB sowie Teil 3 Tarif PRIVAplus bzw. PRIVAmed).

Woran Sie zukünftig bei Ihrer Krankenversicherung denken sollten…

Als gesetzlich Krankenversicherter haben Sie die Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) gewählt. D. h. dass Ihr Arzt zumindest bei ambulanter Behandlung nicht mehr über die Chipkarte abrechnet, sondern dass Sie ihm gegenüber als Privatpatient auftreten. Ihr Arzt wird Ihnen dementsprechend eine Privatrechnung gemäß der gesetzlich vorgeschriebenen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ausstellen. Ärztliche verordnete Medikamente werden Sie bei Ihrer Apotheke ebenfalls über ein Privatrezept beziehen, d. h. Sie bezahlen den Preis für das Medikament zunächst selbst. Damit bei der Erstattung durch Ihre gesetzliche Krankenkasse und der AXA Krankenversicherung AG alles möglichst reibungslos verläuft, bitten wir Sie folgendes zu beachten:

- Reichen Sie Kostenbelege (Arztrechnungen, Rezepte, etc.) bitte stets **zuerst Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** ein. Erst wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse diese mit Erstattungsvermerk an Sie zurückgeschickt hat, reichen Sie sie bitte im Original und mit Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bei uns ein.
- Legen Sie bitte Ihre Kostenbelege auch dann bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse vor, wenn Sie damit rechnen, keine Vorleistung von ihr zu erhalten.
- Achten Sie bitte darauf, dass für jeden einzelnen Kostenbeleg ein separater Erstattungsvermerk aufgeführt ist. Sollte dies einmal nicht der Fall sein, schicken Sie den entsprechenden Beleg bitte an Ihre gesetzliche Krankenkasse mit der Bitte um separaten Ausweis zurück. Bitte beachten Sie, dass wir einen Kostenbeleg ohne diesen Erstattungsvermerk grundsätzlich nicht bearbeiten können!

Und an noch etwas sollten Sie in Zukunft stets denken:

- Ihre Versicherungsfähigkeit nach Tarif PRIVAplus bzw. PRIVAmed ist an die Wahl des Kostenerstattungsverfahren bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse geknüpft. Machen Sie diese Wahl bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse wieder rückgängig, wählen Sie damit auch Ihren Status als Privatpatient bei Ihrem Arzt ab.

  Zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie das Kostenerstattungsverfahren bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse beenden, endet somit auch die Versicherung nach Tarif PRIVAplus bzw. PRIVAmed. Bitte informieren Sie uns ggf. hierüber umgehend.

Wichtig für Sie und Ihren Arzt:
Erstattung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ!

In der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden die aufgeführten Leistungen jeweils mit einem Gebührenvielfachsatz bewertet, der sich bei persönlich erbrachten ärztlichen Leistungen vom 1 bis 3,5-fachen Satz bemißt, bei Laboruntersuchungen vom 1 bis 1,3-fachen Satz und für sonstige medizinisch-technische Leistungen vom 1,0- bis 2,5-fachen Satz.

Unter Berücksichtigung von Schwierigkeit und Zeitaufwand sowie der Umstände bei der Ausführung kann Ihr Arzt den Faktor innerhalb dieses Rahmens bestimmen. Ein Überschreiten der **Regelhöchstsätze (2,3-facher Satz bei persönlich erbrachten ärztlichen Leistungen, 1,15-facher Satz bei Laboruntersuchungen, 1,8-facher Satz für sonstige medizinischtechnische Leistungen)** ist nur dann zulässig, wenn von ihrem Arzt zu begründende Besonderheiten bei der Behandlung bzw. der sonstigen Leistung vorlagen.

Nach Tarif PRIVAmed sind Leistungen nur bis zu den im letzten Absatz fettgedruckten Regelhöchstsätzen erstattungsfähig. Darüber hinausgehende Anteile sind von Ihnen selbst zu tragen.

Bitte teilen Sie dies vor Behandlungsbeginn Ihrem Arzt mit, am einfachsten: Zeigen Sie ihm einfach dieses Merkblatt!

Vor dem Bezug von Hilfsmitteln:
Bitte sprechen Sie mit uns!

Die AXA Krankenversicherung AG kann verordnete Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sprechhilfen, Krankenfahrstühle, etc.) in vielen Fällen deutlich preisgünstiger organisieren, als diese im freien Handel angeboten werden. Bitte wenden Sie sich deshalb vor Bezug eines Hilfsmittels unbedingt an uns, sofern das Hilfsmittel einen Beschaffungswert von mehr als 250,– Euro hat oder mehrfach pro Kalenderjahr bezogen werden muss.

Wir kümmern uns dann um die möglichst preisgünstigste Beschaffung und halten somit unsere Kosten und Ihren Eigenanteil so klein wie möglich. Bitte bedenken Sie, dass wir tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen für ein o. g. Hilfsmittel, das nicht über uns bezogen wurde, auf den Betrag kürzen, für den wir es hätten beschaffen können.

Und zu guter Letzt:
Bei uns steht Vorsorge im Mittelpunkt!

Vorsorgeuntersuchungen sichern Ihre Gesundheit, weil sie helfen, eventuelle Krankheiten frühzeitig zu erkennen oder auszuschließen.

Nachfolgend haben wir für Sie eine Liste der Vorsorgeleistungen vorbereitet, die durch den Tarif PRIVAplus bzw. PRIVAmed abgedeckt sind. Sollte Ihr Arzt darüber hinausgehende Maßnahmen vorschlagen, so sind diese nicht erstattungsfähig. Sprechen Sie daher vorher mit Ihrem Arzt. Zur Hilfestellung haben wir die entsprechenden Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit aufgeführt.

Bitte beachten Sie: Leistet Ihre gesetzliche Krankenkasse für eine der aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen vor, so erstatten wir die verbleibenden Kosten tariflich zu 100%.

Beteiligt sich Ihre gesetzliche Krankenkasse nicht an einer der aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen, so erstatten wir gemäß Tarif 80%.

- Früherkennung von **Herz-Kreislauferkrankungen**

GOÄ-Ziffer	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
651	EKG
3560	Blutzuckerbestimmung
3562, 3563 3564, 3565	Bestimmung der Blutfette
3583	Bestimmung der Harnsäure

- Früherkennung von **Nierenerkrankungen**

GOÄ-Ziffer	
29	Gesundheitsuntersuchung und Beratung
3531, 3583, 3585	Bestimmung der Laborwerte
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung der Niere(n)

- **Diabetes-Vorsorge**

GOÄ-Ziffer	
3560	Blutzuckerbestimmung

- **Tuberkulose-Vorsorge**

GOÄ-Ziffer	
1	Beratung
7	Vollständige körperliche Untersuchung
384	Stempeltest
5135 oder 5137	Röntgenaufnahme der Brustorgane

- **Krebsvorsorge**

GOÄ-Ziffer	
27	Untersuchung einer Frau, einschließlich Beratung
4851	Zytologische Untersuchung bei Frauen
28	Untersuchung eines Mannes, einschließlich Beratung
3501	Blutsenkung
3503-3506	Blutbild
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung
3500	Untersuchung auf okkultes Blut (Darmkrebsfrüherkennung für Frauen und Männer zwischen 50-54 Jahren, jährlich)
3500 oder 687	oder Untersuchung auf okkultes Blut oder Darmspiegelung (Darmkrebsfrüherkennung für Frauen und Männer ab 55 Jahren; Untersuchung auf okkultes Blut alle 2 Jahre/Darmspiegelung insgesamt 2x; 2. Darmspiegelung 10 Jahre nach der 1.)

- **Mammographie-Screening** (für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren)

GOÄ-Ziffer	
5266	Mammographie je Seite, in zwei Ebenen

- **Schwangerschaftsvorsorge**

GOÄ-Ziffer	
23	Erstuntersuchung
24	Weitere Verlaufsuntersuchungen
415	Ultraschalluntersuchung
3982, 3985	Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
4232, 4387	Nachweis/Bestimmung von Antikörpern

- **Kindervorsorge/Jugendvorsorge** (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)

GOÄ-Ziffer	
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung
26	Untersuchung (U1 – U10) und Jugendgesundheitsuntersuchung

21005819

PRIVAplus – Ergänzungsversicherung für ambulante Heilbehandlung für gesetzlich Krankenversicherte, die das Kostenerstattungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 13 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) gewählt haben

Teil III: Krankheitskostentarif

Tarif	PRIVAplus
A. Leistungen des Versicherers	
(I) Erstattungsfähige Aufwendungen a) Ambulante Heilbehandlung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung einschließlich ambulant durchgeführter Operationen sowie ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel gemäß § 4 (3) MB/KK 2009 sowie Nr. 11 TB 2009. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen von und Verordnungen durch Heilpraktiker. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel – außer Sehhilfen – nach Nr. 11 (3) TB 2009, sowie medizinisch notwendige Hilfsmittel in funktionaler Standardausführung für die die gesetzliche Krankenversicherung eine Vorleistung erbringt. Werden dem Grunde nach erstattungsfähige Hilfsmittel nicht über AXA Krankenversicherung AG bezogen bzw. von ihr beschafft, so ist der Versicherer berechtigt, die erstattungsfähigen Aufwendungen hierfür auf den Betrag zu kürzen, für den der Versicherer ein adäquates Hilfsmittel in funktionaler Standardausführung hätte beschaffen können. Bei einem Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag bis zu 250,– Euro verzichtet der Versicherer auf die Kürzung gemäß dem vorgenannten Satz, falls dieses in einem Kalenderjahr nicht mehrfach bezogen wird. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie durch die in Nr. 9 (2) Satz 1 TB 2009 genannten Behandler. Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ist darüber hinaus erstattungsfähig, wenn der Psychotherapeut im Ärzteregister der gesetzlichen Krankenversicherung eingetragen ist.
b) Gebührenordnung	Abweichend von Nr. 10 Satz 2 TB 2009 gilt: Erstattungsfähig sind Aufwendungen nur bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Psychotherapeuten (GOP), d. h. bis zum – 2,3-fachen Satz für persönlich erbrachte ärztliche Leistungen – 1,15-fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen – 1,8-fachen Satz für sonstige medizinisch technische Leistungen. Über diese Sätze hinaus berechnete Gebühren sind nicht erstattungsfähig.
c) gesetzliche Zuzahlungen und Abzug von Verwaltungskosten durch die gesetzliche Krankenversicherung	Erstattungsfähig sind durch die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 13 (2) Satz 9 SGB V in Abzug gebrachte Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie gesetzliche Zuzahlungen nach § 61 bzw. § 28 (4) SGB V, soweit diese für Leistungen gemäß a) in Abzug gebracht werden (z. B. Praxisgebühr bei Ärzten, Zuzahlung für Medikamente).
d) Selbstbehalte bei der gesetzlichen Krankenversicherung	Nicht erstattungsfähig sind durch die gesetzliche Krankenversicherung in Abzug gebrachte Selbstbehalte, die gemäß § 53 SGB V von gesetzlich Krankenversicherten gewählt werden können.
(II) Tarifliche Leistungen a) Vorrangige Inanspruchnahme der gesetzlichen Krankenversicherung und Nachweis über die Höhe der Vorleistung	Voraussetzung für die Bearbeitung und die tarifliche Erstattung eines jeden Kostenbelegs durch AXA Krankenversicherung AG ist, dass dieser zuvor der gesetzlichen Krankenversicherung des Versicherten vorgelegt wurde und die Höhe der Vorleistung bzw. die Ablehnung der Leistungsübernahme von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgewiesen ist. Für Kostenbelege ohne Vorleistungsnachweis der gesetzlichen Krankenversicherung können von AXA Krankenversicherung AG keine Leistungen erbracht werden. Der Vorleistungsnachweis muss für jeden einzelnen Beleg erbracht sein.
b) Höhe der Leistungen	Die **bei Vorleistung** der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden gemäß A (I) erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Kalenderjahr und versicherte Person 1. bei gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen zu 100% erstattet 2. bei allen anderen Leistungen – außer Psychotherapie – zu 80% erstattet; d. h. es verbleibt eine Selbstbeteiligung von 20%, höchstens jedoch 500,– Euro pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden alle weiteren Aufwendungen mit den Voraussetzungen des vorgenannten Satzes zu 100% erstattet. Die **ohne Vorleistung** der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen – außer Psychotherapie – werden zu 80% erstattet. Bei Psychotherapie werden unabhängig davon, ob die gesetzliche Krankenversicherung eine Vorleistung erbringt, verbleibende erstattungsfähige Aufwendungen – zu 80% für die 1. bis zur 30. Sitzung – zu 60% für die 31. bis zur 60. Sitzung – zu 50% ab der 61. Sitzung erstattet.
B. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig nach Tarif PRIVAplus sind ausschließlich Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und dort im Rahmen der Familienmitversicherung versicherte Personen, die jeweils nach § 13 (2) SGB V Kostenerstattung gewählt haben. GKV-Mitglieder, die nicht nach § 13 (2) SGB V Kostenerstattung gewählt haben, sind nicht versicherungsfähig. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person – insbesondere bei Inanspruchnahme des Sachleistungsprinzips bei der gesetzlichen Krankenversicherung – endet insoweit für diese Person die Versicherung nach Tarif PRIVAplus. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer nach Tarif PRIVAplus versicherten Person ist dem Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen.
C. Option	Werden zukünftig Leistungen aus der GKV gestrichen, die sich auf die im Tarif PRIVAplus versicherten Leistungsbereiche beziehen, und bietet AXA Krankenversicherung AG eine entsprechende Ergänzungsversicherung zu der Kürzung an, so können die Versicherten diese Ergänzung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten innerhalb von 2 Monaten nach Angebot der entsprechenden Versicherung durch AXA Krankenversicherung AG abschließen.
D. Wartezeiten	Alle Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009 entfallen im Tarif PRIVAplus.
E. Sonstiges	Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann in diesem Tarif unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif PRIVAplus enthalten?

- z. B. Krankenhausbehandlung und zahnärztliche Behandlung
- z. B. Behandlung und Verordnungen durch Heilpraktiker
- z. B. schulmedizinisch überwiegend nicht anerkannte Behandlungsmethoden
- z. B. einige Schutzimpfungen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), nicht rezeptpflichtige Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze
- z. B. Psychotherapie durch nichtärztliche Psychotherapeuten, die nicht im Ärzteregister der gesetzlichen Krankenversicherung eingetragen sind

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Durch die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse werden Sie bei Ihrem Arzt zum „Selbstzahler", also zum Privatpatient. Somit wird Ihnen Ihr Arzt eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) schreiben, die vom Gesetzgeber für die Erstattung bei privater ärztlicher Abrechnung vorgeschrieben ist. Bitte geben Sie hierzu Ihrem Arzt – wenn möglich vor Beginn der Behandlung – das Ihren Versicherungsunterlagen beigelegte Merkblatt „Wichtige Kundeninformation zu den Tarifen PRIVAplus und PRIVAmed".
- Es können von AXA Krankenversicherung AG nur Rechnungen, Rezepte etc. **mit Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** bearbeitet werden (auch wenn diese eine Erstattung ablehnt). Bitte reichen Sie deshalb sämtliche Rechnungen, Rezepte, etc. **zunächst bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** ein und schicken Sie uns diese erst mit dem Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu. Auf jedem Kostenbeleg muss ein Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenkasse ausgewiesen sein.
- Bei jeder Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.
- Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit den Arztrechnungen einreichen, allerdings erst dann, wenn der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100,– Euro ist.
- Arznei-, Heil- und Hilfsmittel werden nur dann erstattet, wenn sie vorher ärztlich verordnet wurden. Den Umfang der Erstattung bei Heilmitteln regelt die in Ihren AVB enthaltene Heilmittelliste. Bitte lesen Sie diese vor der Inanspruchnahme von Massagen, Krankengymnastik, Bädern, etc. dringend durch!
- AXA Krankenversicherung AG kann verordnete Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sprechhilfen, Krankenfahrstühle, etc.) in vielen Fällen deutlich preisgünstiger organisieren als diese im freien Handel angeboten werden. **Bitte wenden Sie sich deshalb vor Bezug eines Hilfsmittels unbedingt an uns**, sofern das Hilfsmittel einen Beschaffungswert von mehr als 250,– Euro hat oder mehrfach pro Kalenderjahr bezogen werden muss.

  Wir kümmern uns dann um die möglichst preisgünstigste Beschaffung und halten somit unsere Kosten und Ihren Eigenanteil so klein wie möglich.

  Bitte bedenken Sie, dass wir tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen für ein o.g. Hilfsmittel, das nicht über uns bezogen wurde, auf den Betrag kürzen, für den wir es hätten beschaffen können.

Für welche Vorsorgeuntersuchungen erhalten Sie eine Erstattung der Kosten?

- Damit Ihre Gesundheit langfristig gesichert ist, erstatten wir nicht nur die Kosten der Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen, sondern auch darüber hinaus. Im Merkblatt „Wichtige Kundeninformation zu den Tarifen PRIVAplus und PRIVAmed" haben wir diese Vorsorgeuntersuchungen aufgelistet, die durch Ihren Versicherungsschutz gedeckt sind und zur Hilfestellung die entsprechenden Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte mit aufgeführt. Bitte zeigen Sie dies Ihrem Arzt vor Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung.

Wichtige Kundeninformation zu den Tarifen PRIVAplus und PRIVAmed

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit der Wahl des Tarifs PRIVAplus bzw. PRIVAmed haben Sie als gesetzlich Krankenversicherter die richtige Entscheidung getroffen. Wir möchten Sie mit diesem Merkblatt nochmals auf einige wichtige Punkte Ihres Versicherungsschutzes hinweisen. Den vollständigen Umfang Ihres Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsbedingungen (Teil 1+2, AVB sowie Teil 3 Tarif PRIVAplus bzw. PRIVAmed).

Woran Sie zukünftig bei Ihrer Krankenversicherung denken sollten…

Als gesetzlich Krankenversicherter haben Sie die Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) gewählt. D. h. dass Ihr Arzt zumindest bei ambulanter Behandlung nicht mehr über die Chipkarte abrechnet, sondern dass Sie ihm gegenüber als Privatpatient auftreten. Ihr Arzt wird Ihnen dementsprechend eine Privatrechnung gemäß der gesetzlich vorgeschriebenen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ausstellen. Ärztliche verordnete Medikamente werden Sie bei Ihrer Apotheke ebenfalls über ein Privatrezept beziehen, d. h. Sie bezahlen den Preis für das Medikament zunächst selbst. Damit bei der Erstattung durch Ihre gesetzliche Krankenkasse und der AXA Krankenversicherung AG alles möglichst reibungslos verläuft, bitten wir Sie folgendes zu beachten:

- Reichen Sie Kostenbelege (Arztrechnungen, Rezepte, etc.) bitte stets **zuerst Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** ein. Erst wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse diese mit Erstattungsvermerk an Sie zurückgeschickt hat, reichen Sie sie bitte im Original und mit Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse bei uns ein.
- Legen Sie bitte Ihre Kostenbelege auch dann bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse vor, wenn Sie damit rechnen, keine Vorleistung von ihr zu erhalten.
- Achten Sie bitte darauf, dass für jeden einzelnen Kostenbeleg ein separater Erstattungsvermerk aufgeführt ist. Sollte dies einmal nicht der Fall sein, schicken Sie den entsprechenden Beleg bitte an Ihre gesetzliche Krankenkasse mit der Bitte um separaten Ausweis zurück. Bitte beachten Sie, dass wir einen Kostenbeleg ohne diesen Erstattungsvermerk grundsätzlich nicht bearbeiten können!

Und an noch etwas sollten Sie in Zukunft stets denken:

- Ihre Versicherungsfähigkeit nach Tarif PRIVAplus bzw. PRIVAmed ist an die Wahl des Kostenerstattungsverfahren bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse geknüpft. Machen Sie diese Wahl bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse wieder rückgängig, wählen Sie damit auch Ihren Status als Privatpatient bei Ihrem Arzt ab.

  Zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie das Kostenerstattungsverfahren bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse beenden, endet somit auch die Versicherung nach Tarif PRIVAplus bzw. PRIVAmed. Bitte informieren Sie uns ggf. hierüber umgehend.

Wichtig für Sie und Ihren Arzt:
Erstattung bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ!

In der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden die aufgeführten Leistungen jeweils mit einem Gebührenvielfachsatz bewertet, der sich bei persönlich erbrachten ärztlichen Leistungen vom 1 bis 3,5-fachen Satz bemisst, bei Laboruntersuchungen vom 1 bis 1,3-fachen Satz und für sonstige medizinisch-technische Leistungen vom 1,0- bis 2,5-fachen Satz.

Unter Berücksichtigung von Schwierigkeit und Zeitaufwand sowie der Umstände bei der Ausführung kann Ihr Arzt den Faktor innerhalb dieses Rahmens bestimmen. Ein Überschreiten der **Regelhöchstsätze (2,3-facher Satz bei persönlich erbrachten ärztlichen Leistungen, 1,15-facher Satz bei Laboruntersuchungen, 1,8-facher Satz für sonstige medizinischtechnische Leistungen)** ist nur dann zulässig, wenn von ihrem Arzt zu begründende Besonderheiten bei der Behandlung bzw. der sonstigen Leistung vorlagen.

Nach Tarif PRIVAmed sind Leistungen nur bis zu den im letzten Absatz fettgedruckten Regelhöchstsätzen erstattungsfähig. Darüber hinausgehende Anteile sind von Ihnen selbst zu tragen.

Bitte teilen Sie dies vor Behandlungsbeginn Ihrem Arzt mit, am einfachsten: Zeigen Sie ihm einfach dieses Merkblatt!

Vor dem Bezug von Hilfsmitteln:
Bitte sprechen Sie mit uns!

Die AXA Krankenversicherung AG kann verordnete Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sprechhilfen, Krankenfahrstühle, etc.) in vielen Fällen deutlich preisgünstiger organisieren, als diese im freien Handel angeboten werden. Bitte wenden Sie sich deshalb vor Bezug eines Hilfsmittels unbedingt an uns, sofern das Hilfsmittel einen Beschaffungswert von mehr als 250,– Euro hat oder mehrfach pro Kalenderjahr bezogen werden muss.

Wir kümmern uns dann um die möglichst preisgünstigste Beschaffung und halten somit unsere Kosten und Ihren Eigenanteil so klein wie möglich. Bitte bedenken Sie, dass wir tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen für ein o. g. Hilfsmittel, das nicht über uns bezogen wurde, auf den Betrag kürzen, für den wir es hätten beschaffen können.

Und zu guter Letzt:
Bei uns steht Vorsorge im Mittelpunkt!

Vorsorgeuntersuchungen sichern Ihre Gesundheit, weil sie helfen, eventuelle Krankheiten frühzeitig zu erkennen oder auszuschließen.

Nachfolgend haben wir für Sie eine Liste der Vorsorgeleistungen vorbereitet, die durch den Tarif PRIVAplus bzw. PRIVAmed abgedeckt sind. Sollte Ihr Arzt darüber hinausgehende Maßnahmen vorschlagen, so sind diese nicht erstattungsfähig.

Sprechen Sie daher vorher mit Ihrem Arzt. Zur Hilfestellung haben wir die entsprechenden Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit aufgeführt.

Bitte beachten Sie: Leistet Ihre gesetzliche Krankenkasse für eine der aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen vor, so erstatten wir die verbleibenden Kosten tariflich zu 100%.

Beteiligt sich Ihre gesetzliche Krankenkasse nicht an einer der aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen, so erstatten wir gemäß Tarif 80%.

- Früherkennung von **Herz-Kreislauferkrankungen**

GOÄ-Ziffer	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
651	EKG
3560	Blutzuckerbestimmung
3562, 3563 3564, 3565	Bestimmung der Blutfette
3583	Bestimmung der Harnsäure

- Früherkennung von **Nierenerkrankungen**

GOÄ-Ziffer	
29	Gesundheitsuntersuchung und Beratung
3531, 3583, 3585	Bestimmung der Laborwerte
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung der Niere(n)

- **Diabetes-Vorsorge**

GOÄ-Ziffer	
3560	Blutzuckerbestimmung

- **Tuberkulose-Vorsorge**

GOÄ-Ziffer	
1	Beratung
7	Vollständige körperliche Untersuchung
384	Stempeltest
5135 oder 5137	Röntgenaufnahme der Brustorgane

- **Krebsvorsorge**

GOÄ-Ziffer	
27	Untersuchung einer Frau, einschließlich Beratung
4851	Zytologische Untersuchung bei Frauen
28	Untersuchung eines Mannes, einschließlich Beratung
3501	Blutsenkung
3503-3506	Blutbild
410 bzw. 420	Ultraschalluntersuchung
3500	Untersuchung auf okkultes Blut (Darmkrebsfrüherkennung für Frauen und Männer zwischen 50-54 Jahren, jährlich)
3500 oder 687	oder Untersuchung auf okkultes Blut oder Darmspiegelung (Darmkrebsfrüherkennung für Frauen und Männer ab 55 Jahren; Untersuchung auf okkultes Blut alle 2 Jahre/Darmspiegelung insgesamt 2x; 2. Darmspiegelung 10 Jahre nach der 1.)

- **Mammographie-Screening** (für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren)

GOÄ-Ziffer	
5266	Mammographie je Seite, in zwei Ebenen

- **Schwangerschaftsvorsorge**

GOÄ-Ziffer	
23	Erstuntersuchung
24	Weitere Verlaufsuntersuchungen
415	Ultraschalluntersuchung
3982, 3985	Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
4232, 4387	Nachweis/Bestimmung von Antikörpern

- **Kindervorsorge/Jugendvorsorge** (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres)

GOÄ-Ziffer	
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung
26	Untersuchung (U1 – U10) und Jugendgesundheitsuntersuchung

VG275
Heilmittelliste

Auch bei Heilmittelpreisen gilt die **Angemessenheit im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes**.

Wenn die Leistungserbringer (z. B. Masseure oder Krankengymnasten) für die einzelnen Leistungen Preise berechnen, die nicht höher sind als die Einzelpreise der nachfolgenden Tabelle, haben Sie **nicht** mit zusätzlichen Eigenbehalten zu rechnen. Preise bis zu diesen Beträgen sind also angemessen im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes.

Wir empfehlen dringend, dass Sie vor der Beauftragung (Terminvereinbarung) mit dem Leistungsanbieter über seine Preise sprechen und ihn auf die anzuerkennenden Rechnungsbeträge hinweisen.

Nur wenn Sie aktiv auf den Leistungsanbieter zugehen und ihm sagen, dass Ihr privater Krankenversicherer als angemessene Preise höchstens die unten genannten anerkennt, **und** dann **nicht höher berechnet wird**, gibt es diesbezüglich keine Probleme bei der Erstattung.

Bitte beachten Sie auch den Leistungsumfang für Heilmittel des von Ihnen versicherten Tarifes; wenn z. B. eine 90%ige Erstattung für Heilmittel vorgesehen ist, können wir Preise für eine Massage gemäß Position 18 bis zum Betrag von 13,80 Euro anerkennen – die Leistung aus dem Tarif beträgt in diesem Fall 12,42 Euro.

Auf Wunsch können Sie uns auch den Kostenvoranschlag des Leistungsanbieters oder seine Preisliste unter 02 21 / 1 48 – 3 68 88 zufaxen – wir informieren Sie dann über die Leistung entsprechend Ihres Versicherungsschutzes.

Insbesondere empfehlen wie die vorherige Klärung einer Kostenübernahme bei Logopädie und Ergotherapie.

Selbstverständlich können Sie mit dem Leistungsanbieter für Heilmittel auch Preise über denen der nachfolgenden Liste vereinbaren. Vorsorglich weisen wir jedoch darauf hin, dass die über die genannten Preise hinausgehenden (Teil-)Beträge dann von Ihnen selbst zu tragen sind.

Der Leistungsanbieter hat auch eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht, weil ihm bekannt ist, dass auch für privat krankenversicherte Patienten Obergrenzen der anzuerkennenden Rechnungsbeträge gelten. Das Aushängen von Preislisten oder sonstige allgemeine Informationen genügt dieser Pflicht nicht.

Pos.	Leistungsinhalt	Anzuerkennender Rechnungsbetrag **bis zu** Euro
I. Inhalationen		
1.	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
2a	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
2b	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3a	Radon-Inhalation im Stollen	11,30
3b	Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4.	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) – als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
5.	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluß der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen (KG nach Bobath, Vojta oder PNF) – als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	23,10
6.	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen (KG nach Bobath bzw. Vojta) – als Einzelbehandlung – bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	34,30
7.	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen – je Teilnehmer	6,20
8.	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-4 Personen) bei zerebralen Dysfunktionen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	10,80
9a	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose – als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	34,30
9b	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	10,80
9c	Geräteunterstützte Krankengymnastik (KG an Seilzug – und/oder Sequenztrainingsgeräten) je Sitzung – als parallele Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	35,00
10.	Bewegungsübungen	7,70
11a	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	23,60
11b	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), – einschl. der erforderlichen Nachruhe –, je Teilnehmer	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen (Cyriax/Querfiktion), Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	22,50
13.	Chirogymnastik[1)] – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	14,40
14.	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Mindestbehandlungsdauer 120 Min., je Behandlungstag	81,90
15.	–	
16.	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	5,20
17.	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
18.	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen	13,80
19.	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
19a	Großbehandlung mind. 30 Min.	19,50
19b	Ganzbehandlung mind. 45 Min.	29,20
19c	Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
20.	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von min. 600 Litern und einer Aggregatleistung von min. 200 l/Min. sowie mit Druck- und Temperatur-Meßeinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21.	Heiße Rolle – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	10,30
22a	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
22a	[1)] bei Anwendung wiederverwertbarer Packungsmaterialien	11,80
22a	[2)] bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Naturmoor/Fango), Teilpackung	20,50
22a	[3)] bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Naturmoor/Fango), Großpackung	28,20
22b	Schwitzpackung – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	14,90
22c	Kaltpackung (Teilpackung)	
22c	[1)] Anwendung von Lehm, Quark	7,70
22c	[2)] Anwendung einmal verwendbarer Peloide	15,40
22d	Heublumensack, Peloidkompresse	9,20
22e	Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
22f	Trockenpackung	3,10
23a	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
23b	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
23c	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24a	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	12,30
24b	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	20,00
25a	Wechsel-Teilbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	9,20
25b	Wechsel-Vollbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	13,30
26.	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,00
27a	Naturmoor-Halbbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	32,80
27b	Naturmoor-Vollbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	39,90
28.	Sandbäder – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	
28a	Teilbad	28,70
28b	Vollbad	32,80
29.	Sole-Photo-Therapie – Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelblatt in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung – einschl. Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	32,80
30.	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
30a	Teilbad (Hand- Fußbad) mit Zusatz	6,70
30b	Sitzbad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	13,30
30c	Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	18,50
30d	Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31.	Gashaltige Bäder	
31a	Gashaltiges Bad	19,50
31b	Gashaltiges Bad mit Zusatz	22,50
31c	Kohlendioxidgasbad	21,00
31d	Radon-Bad	18,50
31e	Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,10
V. Kälte- und Wärmebehandlung		
32a	Eisanwendung, Kältebehandlung (Kryotherapie) (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
32b	Kaltgas, Kaltluft	6,70
33.	Eisteilbad	9,80

Pos.	Leistungsinhalt	Anzuerkennender Rechnungsbetrag **bis zu** Euro
34.	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie		
35.	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	6,20
36.	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen	6,20
37.	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen	6,20
38.	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39.	Iontophorese	6,20
40.	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41.	Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad) – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	22,00
VII. Lichttherapie		
42.	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
42a	als Einzelbehandlung	3,10
42b	in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43a	Reizbehandlung eines umschriebenen Hauptbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
43b	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44.	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45.	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie		
46a	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
46b	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschl. Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
46c	Ausführlicher Bericht	11,80
47.	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
47a	Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	31,70
47b	Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	41,50
47c	Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	52,20
48.	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern	
48a	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	14,90
48b	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	17,40
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49.	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschl. Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50.	Einzelbehandlung	
50a	bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	31,70
50b	bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	41,50
50c	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	54,80
51.	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	31,70
52.	Gruppenbehandlung	
52a	Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	14,40
52b	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Min.	28,70
X. Sonstiges		
53.	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
XI. Podologische Therapie[2)]		
55.	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
56.	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
57.	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
58.	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
59.	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
60.	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
61.	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
62.	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 61 abrechenbar), je Person	3,50

[1)] Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mind. 160 Stunden mit Abschlußprüfung anerkannt werden.

[2)] nur bei der Diagnose „diabetisches Fußsyndrom“ erstattungsfähig

Stand: 06.2006

21005820

PRIVAzahn – Ergänzungsversicherung für ambulante Heilbehandlung für gesetzlich Krankenversicherte, die das Kostenerstattungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 13 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) gewählt haben

Teil III: Krankheitskostentarif

Tarif	PRIVAzahn
A. Leistungen des Versicherers	
(I) Erstattungsfähige Aufwendungen a) zahnärztliche Behandlung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung (außer Inlays) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen. Darüber hinaus erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung) bei Personen, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Material- und Laborkosten werden dabei gemäß der beigefügten „Liste für die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung“ bis zu den dort aufgeführten Preisen erstattet. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Inlays und Zahnersatz aller Art (z. B. Zahnkronen, Implantate) sowie Aufwendungen für Zahn- und Kieferregulierung bei Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben.
b) Heil- und Kostenplan	Vor Beginn einer erstattungsfähigen Maßnahme der Zahn- und Kieferregulierung, deren zu erwartende Gesamtrechnung 2.500 Euro übersteigt, ist AXA Krankenversicherung AG ein Heil- und Kostenplan vorzulegen.
c) Gebührenordnung	Abweichend von Nr. 10 Satz 2 TB 2009 gilt: Bei Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung) sind Aufwendungen nur bis zu den Regelhöchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig, d. h. bis zum – 2,3-fachen Satz für persönlich erbrachte zahnärztliche Leistungen – 1,15-fachen Satz für Laboratoriumsuntersuchungen – 1,8-fachen Satz für sonstige medizinisch technische Leistungen. Über diese Sätze hinaus berechnete Gebühren sind bei Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung) nicht erstattungsfähig.
d) gesetzliche Zuzahlungen und Abzug von Verwaltungskosten durch die gesetzliche Krankenversicherung	Erstattungsfähig sind durch die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 13 (2) Satz 9 SGB V in Abzug gebrachte Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie gesetzliche Zuzahlungen nach § 61 bzw. § 28 (4) SGB V, soweit diese für Leistungen gemäß a) in Abzug gebracht werden (z. B. Praxisgebühr bei Zahnärzten, Zuzahlung für Medikamente).
e) Selbstbehalte bei der gesetzlichen Krankenversicherung	Nicht erstattungsfähig sind durch die gesetzliche Krankenversicherung in Abzug gebrachte Selbstbehalte, die gemäß § 53 SGB V von gesetzlich Krankenversicherten gewählt werden können.
(II) Tarifliche Leistungen a) Vorrangige Inanspruchnahme der gesetzlichen Krankenversicherung und Nachweis über die Höhe der Vorleistung	Voraussetzung für die Bearbeitung und die tarifliche Erstattung eines jeden Kostenbelegs durch AXA Krankenversicherung AG ist, dass dieser zuvor der gesetzlichen Krankenversicherung des Versicherten vorgelegt wurde und die Höhe der Vorleistung bzw. die Ablehnung der Leistungsübernahme von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgewiesen ist. Für Kostenbelege ohne Vorleistungsnachweis der gesetzlichen Krankenversicherung können von AXA Krankenversicherung AG keine Leistungen erbracht werden. Der Vorleistungsnachweis muss für jeden einzelnen Beleg erbracht sein.
b) Höhe der Leistungen	Die **bei Vorleistung** der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden 1. bei Zahnprophylaxemaßnahmen zu 100% erstattet 2. bei allen anderen Leistungen zu 80% erstattet. Die **ohne Vorleistung** der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80% erstattet.
B. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig nach Tarif PRIVAzahn sind ausschließlich Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und dort im Rahmen der Familienmitversicherung versicherte Personen, die jeweils nach § 13 (2) SGB V Kostenerstattung gewählt haben. GKV-Mitglieder, die nicht nach § 13 (2) SGB V Kostenerstattung gewählt haben, sind nicht versicherungsfähig. Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Tarif PRIVAzahn ist ferner, dass zusätzlich Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung bei AXA Krankenversicherung AG besteht. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person – insbesondere bei Inanspruchnahme des Sachleistungsprinzips bei der gesetzlichen Krankenversicherung – endet insoweit für diese Person die Versicherung nach Tarif PRIVAzahn. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer nach Tarif PRIVAzahn versicherten Person ist dem Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen.
C. Option	Werden zukünftig Leistungen aus der GKV gestrichen, die sich auf die im Tarif PRIVAzahn versicherten Leistungsbereiche beziehen, und bietet AXA Krankenversicherung AG eine entsprechende Ergänzungsversicherung zu der Kürzung an, so können die Versicherten diese Ergänzung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten innerhalb von 2 Monaten nach Angebot der entsprechenden Versicherung durch AXA Krankenversicherung AG abschließen.
D. Wartezeiten	Alle Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009 entfallen im Tarif PRIVAzahn.
E. Sonstiges	Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann in diesem Tarif unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09/08

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif PRIVAzahn enthalten?

- z. B. Inlays sowie Zahnersatz aller Art (Kronen, Implantate, etc.)
- z. B. rein kosmetische Zahnbehandlung, die über das medizinisch notwendige Maß hinaus geht

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Durch die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse werden Sie bei Ihrem Arzt zum „Selbstzahler", also zum Privatpatient. Somit wird Ihnen Ihr Arzt eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) schreiben, die vom Gesetzgeber für die Erstattung bei privater zahnärztlicher Abrechnung vorgeschrieben ist.
- Bitte beachten Sie bei **Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche** folgendes:

  In der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZ) werden die aufgeführten Leistungen jeweils mit einem Faktor bewertet, der sich bei persönlich erbrachten ärztlichen Leistungen vom 1 bis 3,5-fachen Satz bemisst, bei Laboruntersuchungen vom 1 bis 1,3-fachen Satz und für sonstige medizinisch-technische Leistungen vom 1,0- bis 2,5-fachen Satz. Unter Berücksichtigung von Schwierigkeit und Zeitaufwand sowie der Umstände bei der Ausführung kann Ihr Arzt den Faktor innerhalb dieses Rahmens bestimmen. Ein Überschreiten der **Regelhöchstsätze** (2,3-facher Satz bei persönlich erbrachten ärztlichen Leistungen, 1,15-facher Satz bei Laboruntersuchungen, 1,8-facher Satz für sonstige medizinisch-technische Leistungen) ist nur dann zulässig, wenn von ihrem Arzt zu begründende Besonderheiten bei der Behandlung bzw. der sonstigen Leistung vorlagen.

Nach Tarif PRIVAzahn sind Leistungen für Kieferorthopädie nur bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ/GOZ erstattungsfähig.

Darüber hinausgehende Anteile sind von Ihnen selbst zu tragen.

Bitte teilen Sie dies vor Behandlungsbeginn Ihrem Zahnarzt mit.

- Es können von AXA Krankenversicherung AG nur Rechnungen, Rezepte etc. **mit Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** bearbeitet werden (auch wenn diese eine Erstattung ablehnt). Bitte reichen Sie deshalb sämtliche Rechnungen, Rezepte, etc. **zunächst bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse** ein und schicken Sie uns diese erst mit dem Erstattungsvermerk Ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu.
- Bei jeder Zahnarztrechnung müssen die Behandlungstage, die behandelten Zähne und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Zahnarzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.
- Bei Zahn- und Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche gilt:

  Bitte schicken Sie uns rechtzeitig vor dem Behandlungsbeginn den Heil- und Kostenplan des Zahnarztes und den Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors über die Material- und Laborkosten zu.

  Anschließend teilen wir Ihnen gerne mit, welche Leistungen Sie zu erwarten haben und wie hoch Ihr eventueller Eigenanteil ist. Kosten, die für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes bzw. des Kostenvoranschlages entstehen, übernehmen wir im Rahmen des Tarifes.

Liste für die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

Nr.	Leistungsinhalt	bis zu Euro*
1	Modell	6,36
2	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff	15,17
3	Set-up je Segment	9,37
7	Modellpaar trimmen/Fixator	8,97
8	Einstellen in Mittelwertartikulator, einschließlich Auswertung aus Gesichtsbogenmessung	9,09
9	Modellpaar sockeln	22,52
10	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbißnahme	10,60
56	Einarmige Klammer	10,54
57	Zweiarmige Klammer	16,67
60	Aufbissschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	117,26
61	Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-Verschlussschiene, nicht adjustiert	69,63
62	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	48,44
63	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	10,71
64	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	173,23
65	Basis für Einzelkiefergerät	53,71
66	Basis für bimaxilläres Gerät	113,49
68	Vorhofplatte	60,13
69	Kinnkappe	53,48
70	Aufbiss	10,60
71	Abschirmelement	18,46
72	Weichkunststoff	49,55
73	Schraube einarbeiten	16,21
74	Spezialschraube einarbeiten	24,02

Nr.	Leistungsinhalt	bis zu Euro*
75	Trennen einer Basis	6,71
76	Labialbogen intramaxillär in zwei Schlaufen	20,72
77	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	26,57
78	Labialbogen intermaxillär	31,78
79	Feder, offen	9,09
80	Feder, geschlossen	11,69
81	Verbindungselement intramaxillär	24,02
82	Verbindungselement intermaxillär	26,51
83	Verankerungselement	22,46
84	Einzelelement einarbeiten	11,46
85	Metallverbindung	15,92
86	Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	9,84
87	Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	16,67
88	Grundeinheit für Instandsetzung und/ oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	17,72
89	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	7,58
90	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	48,33
91	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	22,69
92	Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/ Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten	8,68
93	Retention, gebogen	46,94
94	Retention, gegossen	57,53
97	Teilunterfütterung	42,08
98	Vollständige Unterfütterung – je Kiefer	57,88
99	Basis erneuern	70,56
104	Versandkosten	4,00

* zuzüglich der jeweils gültigen MwSt.

21005531

VIAmed – Option auf eine Krankheitskostenvollversicherung für Studenten der Human-/Zahnmedizin, Ärzte und Zahnärzte Allgemeine Versicherungsbedingungen

Teil III: Krankheitskostentarif

Tarif	VIAmed
A. Leistungen des Versicherers	
a) Option auf Abschluss einer Krankheitskosten-voll- oder zusatzversicherung	Der Versicherungsnehmer erwirbt die Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung einschließlich Krankentagegeld oder einer Krankheitskostenzusatzversicherung für sich und alle im selben Vertrag nach Tarif VIAmed mitversicherten Personen. Zu den unter Abschnitt C festgelegten Zeitpunkten hat er das Recht, beim Vertragspartner eine Versicherung bestehend aus jeweils einem für den Neuzugang geöffneten Tarif der Krankheitskostenvoll- oder zusatzversicherung oder der Beihilferestkostenversicherung **ohne erneute Gesundheitsprüfung** und ohne Wartezeiten abzuschließen, falls im beantragten Tarif Versicherungsfähigkeit besteht. Die Karenzzeit in der Krankentagegeldversicherung darf dabei 42 Tage nicht unterschreiten, lediglich zum Zeitpunkt der Umstellung freiberuflich tätige Ärzte können in einen für den Neuzugang geöffneten Tarif mit mindestens 28 Tagen Karenzzeit wechseln. Die in der Krankentagegeldversicherung maximal abschließbare Tagegeldhöhe ohne erneute Risikoprüfung ist begrenzt auf das aus der beruflichen Tätigkeit resultierende und auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen. Dieses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen. Bei der Berechnung der Beiträge für die durch die Option erworbenen neuen Tarife wird das zum Zeitpunkt der Umstellung erreichte Alter der versicherten Person zu Grunde gelegt.
b) Beitragsrückerstattung bei Wechsel in eine Vollversicherung	Macht der Versicherungsnehmer für sich oder für eine mitversicherte Person von der Wechseloption in eine Vollversicherung nach VIAmed Gebrauch und endet gleichzeitig die Versicherung nach VIAmed, so erhält er bis spätestens zum Ende des dritten Monats nach Umstellung 50% der für den Tarif VIAmed für die betreffende Person entrichteten Beiträge zurück.
c) Leistungsausschluss	Keine Leistungspflicht besteht im aufnehmenden Tarif für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Tarifs VIAmed eingetreten sind und dem Versicherer bei Vertragsabschluss nicht angezeigt wurden.
B. Versicherungsfähigkeit	1. Versicherungsnehmer: Versicherungsfähig sind Human- oder Zahnmedizinstudenten, Ärzte oder Zahnärzte. O. g. Personen sind nicht versicherbar, sofern sie selbständig tätig sind oder wenn sie angestellt und aufgrund ihres Einkommens oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 (1) SGB V versicherungsfrei sind. 2. Mitversicherbarer Personenkreis: Versicherungsfähig sind der Ehe- bzw. Lebenspartner einer nach B1 versicherten Person, wenn und solange sie mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebt und die Kinder des Versicherungsnehmers, solange sie unterhaltsberechtigt sind. Nicht versicherbar sind Ehe- bzw. Lebenspartner, die selbständig tätig oder versicherungsfrei nach § 6 (1) SGB V sind. Mitversicherbarkeit im Tarif VIAmed besteht mit den Einschränkungen des vorangegangenen Satzes auch dann, wenn der Versicherungsnehmer Arzt oder Zahnarzt ist und für ihn eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung besteht.
C. Versicherungsdauer	
a) Beginn des Versicherungsschutzes	Die Option nach Tarif VIAmed auf Abschluss einer Vollversicherung beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn.
b) Zeitpunkte der Inanspruchnahme der Option	Der Versicherungsnehmer kann die Option auf eine Krankheitskostenvollversicherung einschließlich Krankentagegeld für sich und jede mitversicherte Person zum 1. des Monats in Anspruch nehmen, in dem – für ihn als Angestellter Versicherungsfreiheit nach § 6 (1) SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung eintritt, – er sich als Arzt oder Zahnarzt niederlässt, – er Beihilfeberechtigter wird. Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer die Option für den Ehe- oder Lebenspartner sowie für in der GKV familienversicherte Kinder zum 1. des Monats in Anspruch nehmen, in dem – für den Ehe- oder Lebenspartner die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung endet, – für den gesetzlich versicherten Ehe- oder Lebenspartner der Erziehungsurlaub endet. Der Versicherungsnehmer kann die Option auf eine Krankenzusatzversicherung für sich und jede mitversicherte Person zum 1. des Monats in Anspruch nehmen, in dem – er seine Ausbildung beendet und als Assistenzarzt versicherungspflichtig in die GKV wechseln muss, – sowie zum Ende der Options-Laufzeit, soweit dann ein Wechsel in die Krankheitskostenvollversicherung, z. B. aufgrund fortbestehender Versicherungspflicht nicht möglich ist. Der Antrag zur Wahrnehmung der Option kann nur angenommen werden, wenn der Versicherungsnehmer die oben genannten Ereignisse innerhalb von 2 Monaten nach deren Eintritt nachweist.
c) Maximale Dauer der Option und Ende der Versicherung nach Tarif VIAmed	Die Option nach Tarif VIAmed endet für jede versicherte Person stets mit Ablauf des Monats, in dem mindestens eine der Bedingungen der Versicherungsfähigkeit nach Punkt B nicht mehr erfüllt ist. Die Option endet außerdem zu dem Zeitpunkt, an dem die versicherte Person von ihrem Optionsrecht Gebrauch macht. Bei der Wahrnehmung der Option auf einen Ausbildungstarif für Medizinstudenten, auf einen Restkostentarif für Beihilfeberechtigte bzw. auf eine Krankheitskostenzusatzversicherung endet die Option dagegen nur, wenn der Versicherungsnehmer diese kündigt. Die Option endet darüber hinaus spätestens zum 31.12. des fünften Versicherungsjahres. Das Beginnjahr der Option ist das erste Versicherungsjahr. Eine einmalige, nahtlose Verlängerung der Option um maximal 36 Monate ist in diesem Fall für jede versicherte Person möglich, solange sie versicherungsfähig ist. Die einmalige, nahtlose Verlängerung der Option muss spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Option beantragt und das Bestehen der Versicherungsfähigkeit auf Verlangen des Versicherers nachgewiesen werden.

D. Erschwerungen	Wird für den Tarif VIAmed eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den auflebenden Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Erkrankungen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif VIAmed war, soweit sie noch bestehen und die gewählten Tarife von dieser Risikoerhöhung betroffen sind. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten führen nicht zu weiteren Erschwerungen.
E. Beiträge	Während der Laufzeit des Tarifs VIAmed bleiben dessen Beiträge in jedem Fall unverändert. Wird die Option nach C. c) verlängert, so wird für die Verlängerung der zu diesem Zeitpunkt gültige Beitrag zum erreichten Alter zugrunde gelegt.

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09.2008

21005558

VIAplus
VIA-Option auf eine Krankheitskostenvoll- und Zusatzversicherung plus Bonifikation für gesundheitsbewusstes Verhalten

Teil III: Krankheitskostentarif

Tarif	VIAplus
A. Leistungen des Versicherers	**Der Versicherungsnehmer erwirbt die Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvoll- oder Zusatzversicherung für sich und alle im selben Vertrag nach Tarif VIAplus mitversicherten Personen.**
a) Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung	Zu den unter Punkt C. b) festgelegten Zeitpunkten hat er das Recht, beim Vertragspartner eine Versicherung bestehend aus einem für den Neuzugang geöffneten Tarif der Krankheitskostenvollversicherung und Krankentagegeldversicherung oder der Beihilferestkostenversicherung **ohne erneute Gesundheitsprüfung** und ohne Wartezeiten abzuschließen, falls im beantragten Tarif Versicherungsfähigkeit besteht. Die Karenzzeit in der Krankentagegeldversicherung darf dabei 42 Tage nicht unterschreiten; lediglich Selbständige können zum Zeitpunkt der Umstellung in einen für den Neuzugang geöffneten Tarif mit mindestens 28 Tagen Karenzzeit wechseln, soweit sie vorher in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits Anspruch auf Krankengeld ab der fünften Krankheitswoche hatten. Die in der Krankentagegeldversicherung maximal abschließbare Tagegeldhöhe ohne erneute Risikoprüfung ist begrenzt auf das aus der beruflichen Tätigkeit resultierende und auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen. Dieses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.
b) Option auf Abschluss einer Zusatzversicherung	Zu den in C. c) festgelegten Zeitpunkten hat der Versicherte darüber hinaus das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten einen für den Neuzugang geöffneten Zusatzversicherungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen. Die in der Krankentagegeldversicherung maximal abschließbare Tagegeldhöhe ohne weitere Risikoprüfung beträgt 25,– Euro. Bei der Berechnung der Beiträge für die Krankheitskostenvoll- (gem. Abschnitt a)) und Zusatzversicherung (gem. Abschnitt b)) wird das zum Zeitpunkt der Umstellung erreichte Alter der versicherten Person zu Grunde gelegt.
c) Leistungsausschluss	Keine Leistungspflicht besteht im aufnehmenden Tarif für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Tarifs VIAplus eingetreten sind und die dem Versicherer bei Vertragsabschluss nicht angezeigt wurden.
B. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Versicherte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.
C. Versicherungsdauer	
a) Beginn des Versicherungsschutzes	Die Option nach Tarif VIAplus beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn.
b) Zeitpunkte der Inanspruchnahme der Option auf Krankheitskostenvollversicherung	Versicherungspflichtige Versicherungsnehmer können die Option zum 1. des Monats, in dem die Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eintritt, in Anspruch nehmen. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Versicherungsnehmer können die Option erstmals zum 01.01. des 3. Versicherungsjahres in diesem Tarif in Anspruch nehmen oder zum 01.01. des Jahres nach Ablauf der Option (siehe C. e)). Für versicherte Personen, welche in der GKV familienversichert sind, kann der Versicherungsnehmer die Option zu dem Zeitpunkt in Anspruch nehmen, zu dem die Familienversicherung endet, sofern die versicherte Person dann nicht in der GKV pflichtversichert wird.
c) Zeitpunkte der Inanspruchnahme der Option auf Krankheitskostenzusatzversicherung	Werden Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen und bietet der Versicherer im Neugeschäft eine entsprechende Zusatzversicherung an, so kann der Versicherungsnehmer diese Zusatzversicherung für die Versicherten zum 1. des Monats, in dem die Streichung wirksam wird, abschließen. Darüber hinaus kann die Option auf Abschluss einer Zusatzversicherung bei Eintritt der Versicherungsfreiheit oder zum 01.01. des Jahres nach Ablauf der Option wahrgenommen werden.
d) Frist zur Wahrnehmung der Optionen	Der Antrag zur Wahrnehmung der Optionen muss innerhalb von 2 Monaten nach den unter C. b) und C. c) genannten Ereignisse vorliegen. Der Nachweis des Eintrittes der Versicherungsfreiheit ist dem Antrag beizufügen.
e) Maximale Dauer der Optionen einschließlich Verlängerungsmöglichkeit und Ende der Versicherung nach Tarif VIAplus	Das Beginnjahr der Optionen ist das erste Versicherungsjahr. Die Optionen enden spätestens zum 31.12. des fünften Versicherungsjahres. Zu diesem Zeitpunkt ist eine einmalige, nahtlose Verlängerung um 60 Monate möglich, falls Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Die Verlängerung der Optionen muss bis zum 01.03. des auf den Ablauf folgenden Jahres beantragt werden.
f) Ende der Option bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung	Die Optionen enden darüber hinaus mit Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung.
D. Erschwerungen	Wird für den Tarif VIAplus eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den auflebenden Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Erkrankungen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif VIAplus war, soweit sie noch bestehen und die gewählten Tarife von dieser Risikoerhöhung betroffen sind. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten führen nicht zu weiteren Erschwerungen.
E. Beiträge	Während der Laufzeit des Tarifs VIAplus bleiben die Beiträge für diesen Tarif unverändert. Wird die Option nach C. e) verlängert, so wird für die Verlängerung der zu diesem Zeitpunkt gültige Beitrag zum erreichten Alter zugrunde gelegt.
F. Bonifikationen	
a) Nichtraucher- und Body-Mass-Index-Bonus	Versicherte Personen, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben und die nachweisen, dass sie seit mindestens 6 Monaten nicht oder nicht mehr rauchen, erhalten einen Verhaltensbonus in Höhe von 20,– Euro. Versicherte Personen, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben und einen Body-Mass-Index zwischen 18,5 und 25 nachweisen, erhalten einen Verhaltensbonus in Höhe von 20,– Euro. Der Anspruch kann erstmals zum Ende des 2. Versicherungsjahres geltend gemacht werden, danach alle 2 Jahre, sofern der Nachweis erneut erbracht wird. Der jeweilige Nachweis ist bereits erbracht, wenn der zuständige Vermittler dies dem Versicherer schriftlich bestätigt. Die Bonifikationen werden ausgezahlt.

b) Bonus bei durchgeführter Zahnprophylaxe	Weist der Versicherungsnehmer bei Optionswahrnehmung für die versicherte Person nach, dass diese während der letzten 3 Kalenderjahre Zahnprophylaxe im Rahmen der Vorgaben der GKV durchgeführt hat, gilt folgendes: Die versicherte Person erhält bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung, bei der die Höhe des Versicherungsschutzes von der Erfüllung von Prophylaxenmaßnahmen abhängt, ab Beginn einen um 10% höheren Versicherungsschutz für Zahnersatz. Als Nachweis zur Durchführung der geforderten Maßnahmen ist das Pflichtenheft (Bonusheft) der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Die versicherte Person behält den erhöhten Versicherungsschutz nur unter den im jeweiligen Tarif beschriebenen Voraussetzungen. Eine darüber hinausgehende Erhöhung des Versicherungsschutzes folgt ebenfalls den tariflich beschriebenen Regelungen.
G. Sonstiges	Sofern zukünftig weitere Präventionsmaßnahmen in der GKV angeboten werden, wird eine Bonifizierung durch den Versicherer bei Durchführung dieser Maßnahmen in Aussicht gestellt.

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09.2008

VG319
Tarif 350E – für Kosten von Kurbehandlungen Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.2008

Teil I: siehe AVB/KK 2008

1. Leistungen des Versicherers

1.1 Allgemeines

Dieser Tarif kann unabhängig von dem Bestehen anderweitiger Versicherungen abgeschlossen werden.

1.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.2.1 Genesungskur

Bei einer Genesungskur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) sind erstattungsfähig die Aufwendungen für

a) Unterkunft und Verpflegung;

b) Leistungen der Ärzte, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen;

c) Arznei- und Verbandmittel

(Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Badezusätze u. ä. gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind);

d) Heilmittel

Als Heilmittel gelten medizinische und elektrische Bäder, Inhalationen, Massagen, Gymnastik, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;

e) Kurplan und Kurtaxe

Als Genesungskur gilt ein Kuraufenthalt, der spätestens 6 Monate nach Ablauf einer stationären Krankenhausbehandlung von mindestens 15-tägiger Dauer oder einer Krankenhausbehandlung von mindestens 10-tägiger Dauer in Verbindung mit einer Operation beginnt und zur Sicherstellung des Heilerfolges medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.

1.2.2 Sonstige Kur

Bei einer sonstigen Kur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) sind erstattungsfähig die Aufwendungen für

a) Leistungen der Ärzte, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen;

b) Arznei- und Verbandmittel

(Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Badezusätze u. ä. gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind);

c) Heilmittel

Als Heilmittel gelten medizinische und elektrische Bäder, Inhalationen, Massagen, Gymnastik, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;

d) Kurplan und Kurtaxe

Als sonstige Kur gilt ein medizinisch notwendiger Kuraufenthalt, der im Übrigen die Voraussetzungen für eine Genesungskur (vergl. Ziff. 1.2.1) nicht erfüllt. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.

1.2.3 Sofern ein Träger der Sozialversicherung nachweislich eine Kur genehmigt hat und die Kosten voll übernimmt oder sich an den Kosten beteiligt, ist die Vorlage von ärztlichen Attesten zur Begründung einer Genesungskur oder sonstigen Kur nicht erforderlich.

1.2.4 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Maßgabe der Ziff. 1.3 ersetzt.

1.3 Höhe des Kostenersatzes

1.3.1 Die Höhe des Kostenersatzes ergibt sich aus der Anzahl der vereinbarten Stufen.

1.3.2 Bei einer Genesungskur ersetzt der Versicherer je Stufe 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 1,00 EUR täglich, je Kalenderjahr längstens bis zur Dauer von 30 Tagen.

1.3.3 Bei einer sonstigen Kur ersetzt der Versicherer je Stufe 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 8,00 EUR innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren.

1.4 Leistungen an Stelle von Kostenersatz

1.4.1 Werden die tariflichen Leistungen gemäß Ziff. 1.3.1 bis 1.3.3 nicht in Anspruch genommen, z. B. weil ein Träger der Sozialversicherung Kurkosten übernommen hat, gilt folgendes:

a) bei einer Genesungskur zahlt der Versicherer an Stelle des Kostenersatzes gemäß Ziffer 1.3.2 je Stufe ein Kurtagegeld von 0,40 EUR, je Kalenderjahr längstens auf die Dauer von 30 Tagen;

b) bei einer sonstigen Kur zahlt der Versicherer an Stelle des Kostenersatzes gemäß Ziffer 1.3.3 je Stufe eine Kurpauschale von 3,20 EUR, einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren.

1.5 Leistungsanpassung

1.5.1 Der Versicherer vergleicht jährlich die durchschnittlichen Behandlungskosten, die der Erstattung zu Grunde liegen, mit den entsprechenden Durchschnittskosten, die im ersten vollen Kalenderjahr nach Einführung des Tarifes beobachtet wurden bzw. der letzten Leistungsanpassung zu Grunde lagen. Ergibt die Gegenüberstellung eine durchschnittliche Veränderung von mehr als 10%, so wird der Versicherungsschutz leistungs- und beitragsmäßig entsprechend angepasst.

1.5.2 Die Leistungsanpassung erfolgt bei gestiegenen Durchschnittskosten durch Erhöhung der Anzahl der vereinbarten Stufen um eine oder mehrere Stufen unter Erhebung des entsprechenden Mehrbeitrags (vgl. Ziff. 2.1.1). Bei gesunkenen Durchschnittskosten werden die Anzahl der vereinbarten Stufen und der Beitrag entsprechend vermindert.

1.5.3 Ohne Text

1.5.4 Die Leistungsanpassung wird zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang der Anpassungsmitteilung beim Versicherungsnehmer folgt, soweit kein späterer Zeitpunkt bestimmt wird. Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung an Versicherungsschutz nach den geänderten Leistungssätzen gewährt.

1.5.5 Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer verlangen, die Leistungsanpassung ganz oder teilweise rückgängig zu machen. Dieses Recht erlischt am Ersten des Monats, der auf das Wirksamwerden der Leistungsanpassung folgt.

2. Leistungen des Versicherungsnehmers

2.1 Monatsbeiträge

2.1.1 Die Beiträge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Personen bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter).

Bei einer Umstufung, Beitrags- oder Leistungsanpassung wird auch das erreichte Lebensalter berücksichtigt (vgl. § 8 a [2] AVB Teil I und Ziff. 2.1.2).

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

2.1.2 Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

2.1.3 Verheiratete unter 21 Jahren zahlen den ihrem Geschlecht entsprechenden Beitrag für 21-jährige.

2.1.4 Verheiratete unter 21 Jahren und 21-34-jährige Personen, die sich nachweislich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten, können auf Antrag zu dem ihrem Geschlecht entsprechenden Jugendlichenbeitrag, zuzüglich eines vom erreichten Alter abhängigen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zuschlags, versichert werden.

2.1.5 Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche und die nach Ziff 2.1.4 versicherten Personen, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen, es sei denn, dass der Nachweis über das Weiterbestehen einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres erbracht wird und bei Ablauf des Kalenderjahres das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) AVB Teil I.

2.2 Mahnkosten (§ 8 [5] AVB Teil I)

Kosten für Mahnschreiben werden in gesetzlich zulässiger Höhe in Rechnung gestellt.

3. Besondere Bestimmungen

3.1 Zu § 1 AVB Teil I – Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

3.1.1 Annahme des Antrags (§ 1 [3] AVB Teil I)

Die Annahme des Antrags kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden, wenn sie zu den normalen Geschäftsbedingungen nicht möglich ist.

3.1.2 Versicherungsschutz außerhalb Europas (§ 1 [4] AVB Teil I)

a) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu zwei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über zwei Monate hinaus.

b) Auf Antrag kann der Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag auf längere Aufenthalte im außereuropäischen Ausland ausgedehnt werden.

3.1.3 Bei Vorliegen der bedingungsgemäßen Voraussetzungen kann die Versicherung auf Antrag vorübergehend in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.

3.2 Zu § 2 AVB Teil I – Beginn des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.3 Zu § 3 AVB Teil I – Wartezeiten

3.3.1 Wartezeit bei Umstufungen

Bei Umstufungen sind die Wartezeiten nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen.

3.3.2 Besondere Wartezeiten (§ 3 [3] AVB Teil I)

Die besondere Wartezeit beträgt für Zahnbehandlung nur 3 Monate und für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 8 Monate.

3.3.3 Wartezeiterlass (§ 3 [4] AVB Teil I)

Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis auf einem Formular des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

3.3.4 Wartezeit bei erstmaliger Versicherung

Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I.

3.4 Zu § 4 AVB Teil I – Umfang der Leistungspflicht

3.4.1 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die aus dem Überschuss des Versicherers der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung geschäftsplanmäßig zugeführten Beträge werden nur für die

Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand des Versicherers bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.

Für den Fall einer Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung für Versicherte eines Tarifes gelten folgende Bestimmungen:

a) Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für die nach dem Tarif versicherten Personen, denen für das vorhergehende Kalenderjahr weder tarifliche noch außertarifliche Leistungen nach diesem Tarif gewährt worden sind und deren Beitrag für 12 Monate des vorhergehenden Kalenderjahres ohne Verzug bezahlt worden ist.

b) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen nach Buchstabe a) für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre, für mehrere Tarife einer versicherten Person und/oder für mehrere versicherte Personen eines Versicherungsnehmers erfüllt sind.

3.4.2 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

In den nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostentarifen werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und den Berechnungsgrundlagen des Versicherers zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Die Zuschreibung erfolgt jährlich.

Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend den Berechnungsgrundlagen des Versicherers.

3.4.3 Bundeswehrkrankenhäuser

Als Krankenhaus im Sinne von § 4 (4) AVB Teil I gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser.

3.5 Zu § 5 AVB Teil I – Einschränkung der Leistungspflicht

3.5.1 Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort (§ 5 [1e] AVB, Teil I) Für ambulante Heilbehandlungen – nicht für Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen – in einem Heilbad oder Kurort leistet der Versicherer in tariflichem Umfang.

3.6 Zu § 6 AVB Teil I – Auszahlung der Versicherungsleistungen

3.6.1 Nachweise

Der Versicherer gewährt die Tarifleistung nur gegen Einreichung der Originalrechnungen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein.

Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich.

Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, die Rechnung über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung, einzureichen.

Für die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes muss eine Bescheinigung der Krankenanstalt vorgelegt werden, sofern Krankheitsbezeichnungen sowie Beginn und Ende der stationären Behandlung nicht aus eingereichten Kostenbelegen ersichtlich sind.

3.7 Zu § 7 AVB Teil I – Ende des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.8 Zu § 8, 8 a, 8 b AVB Teil I – Beitragszahlung, Beitragsberechnung, Beitragsanpassung

3.8.1 Vertragsdauer (§ 8 [2] AVB Teil I)

Der Vertrag ist für die Dauer des ersten Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als 1. Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.

Bei Umstufungen innerhalb des Tarifs oder auf einem anderen Tarif sowie bei Beitrags- und Leistungsanpassungen, ändert sich das bisherige Versicherungsjahr nicht.

3.8.2 Ohne Text

3.8.3 Beitragsanpassung (§ 8 b AVB Teil I)

a) Der in § 8 b (1) AVB Teil I erwähnte Vomhundertsatz beträgt für die Sterbewahrscheinlichkeit 5, für die Versicherungsleistungen 10.

b) Müssen die Beiträge angepasst werden, so können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, angepasst werden.

3.9 Zu §§ 9 bis 14 AVB Teil I – Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen, Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüche gegen Dritte, Aufrechnung, Kündigung durch den Versicherungsnehmer, Kündigung durch den Versicherer.

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.10 ohne Text

3.11 Zu § 15 AVB Teil I – Sonstige Beendigungsgründe

3.11.1 Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet (§ 15 [3] AVB Teil I)

Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist Deutschland.

Bei einer vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.12 Zu §§ 16 bis 19 AVB Teil I – Willenserklärungen und Anzeigen, Gerichtsstand Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Wechsel in den Standardtarif

Keine ergänzenden Bestimmungen.

VG403
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) §§ 1 – 18

Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB) Nr. 1 – 33

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

Nr. 1 Besondere Bedingungen

(1) Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) abhängig machen, insbesondere wenn

a) das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht ist, oder

b) der Wohnsitz oder Arbeitsplatz außerhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers liegt.

Nr. 2 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind aufnahmefähige Personen, die selbständig einen Beruf ausüben und deshalb einkommensteuerpflichtig sind, wenn und solange die zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit erforderlichen sachlichen Voraussetzungen fortbestehen, insbesondere Gewerberäume bzw. die der Ausübung der Tätigkeiten dienenden Räumlichkeiten sowie die zur Ausübung der Tätigkeit erforderlichen Gerätschaften und Einrichtungen zur Verfügung stehen. Personen, die in einem ständigen festen Dienst- oder Arbeitsverhältnis gegen Entgelt stehen (Arbeitnehmer) und hieraus regelmäßige Einkünfte erzielen, sind nur versicherungsfähig nach Tarifen mit mindestens 42 Karenztagen – leistungsfreie Tage – seit Beginn einer Arbeitsunfähigkeit. Personen in einem Zeitarbeitsverhältnis sind nicht Versicherungsfähig. Die Versicherungsfähigkeit endet ebenfalls, wenn der Versicherungsnehmer Anspruch auf Rentenzahlung hat.

(2) Die Versicherungsfähigkeit kann im Tarif auf bestimmte Berufe beschränkt sein.

(3) Nicht versicherungsfähig ist Verdienstausfall aus Nebentätigkeiten, es sei denn, der Versicherer hat diese ausdrücklich als versicherungsfähig anerkannt. Ebenfalls nicht versicherungsfähig sind Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung.

(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.

Nr. 3 Leistungsvoraussetzungen, Teil-Arbeitsunfähigkeit

(1) Krankentagegeld wird für die nach Ablauf der Karenzzeit noch bestehende Dauer einer Arbeitsunfähigkeit gezahlt, in der die versicherte Person nach medizinischem Befund völlig arbeitsunfähig ist und keinerlei, auch nicht teilweiser Erwerbstätigkeit nachgeht.

(2) Bei Arbeitnehmern wird Krankentagegeld im Rahmen einer beruflichen stufenweisen Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX auch gezahlt, wenn keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

Die Zahlung erfolgt bis zum Ende der Wiedereingliederung, längstens jedoch für insgesamt 6 Monate. Voraussetzung der Leistung ist, dass der Versicherungsnehmer eine Bestätigung des Arbeitgebers einreicht, aus der sich ergibt, ob und in welcher Höhe Vergütung gezahlt wird. Gezahlte Vergütungen werden insoweit angerechnet. Nr. 3 Abs. 3 und 4 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Der Versicherer leistet auch anteilig bei Teil-Arbeitsunfähigkeit.

Teil-Arbeitsunfähigkeit liegt vor,

a) wenn im unmittelbaren Anschluss an eine mindestens 14-tägige vollständige Arbeitsunfähigkeit gem. § 1 Abs. (3) MB/KT 2009 die berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund wieder teilweise aufgenommen wird bzw. werden kann und

b) solange die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50% beträgt.

(4) Bei einer Teil-Arbeitsunfähigkeit wird höchstens für 6 Wochen geleistet. Der Krankentagegeldanspruch richtet sich nach dem ärztlich bescheinigten Grad der teilweisen Arbeitsunfähigkeit und wird anteilig ausgezahlt.

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(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.

Nr. 4 Ausland

(1) Für Arbeitnehmer wird der in § 1 Abs. (6) MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf das europäische Ausland ausgedehnt.

(2) Für Selbständige wird der in § 1 Abs. (6) MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf das europäische Ausland ausgedehnt, solange nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnsitz in Deutschland ausgeschlossen ist. Dabei wird das Krankentagegeld nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, frühestens jedoch ab dem 22. Tag einer im europäischen Ausland eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und längstens für 30 Tage gezahlt.

(3) Die in § 1 Abs. (7) MB/KT 2009 für das europäische Ausland bei stationärer Behandlung vorgesehene Leistung wird weltweit für alle versicherten Personen gezahlt.

(4) Soweit der Versicherungsschutz uneingeschränkt auf Europa ausgedehnt ist, entfällt die Beschränkung nach § 5 Abs. (1) f MB/KT 2009 auf den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Als gewöhnlicher Aufenthalt gilt dann der in einem europäischen Land.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 5 entfällt

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarungen 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.

Nr. 6 Wartezeitverzicht

(1) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der besonderen Wartezeiten. Darüber hinaus verzichtet er auch auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeiten, wenn und solange der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung umfasst.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

(2) Bei nachweislich unmittelbarem Übertritt aus der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung schließt der Versicherungsschutz direkt an die Vorversicherung an.

(3) Wenn und soweit Wartezeiten vorgesehen sind, können diese aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeit wird dann nicht erlassen.

Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

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

Nr. 7 Erhöhung des Krankentagegeldes

(1) Der Versicherer bietet für Versicherte mit einer Krankheitskostenvollversicherung jeweils am Jahresanfang befristet und ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung des Krankentagegeldes an.

Das Erhöhungsangebot des Versicherers orientiert sich an der Steigerung der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Sozialversicherung und ist auf 5% des versicherten Krankentagegeldes begrenzt. Der Betrag wird auf volle 5,– Euro gerundet. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise anzunehmen oder, wenn er nach mehreren Tarifen mit unterschiedlichen Karenzzeiten versichert ist, anders zu verteilen. Er darf das Erhöhungsangebot nicht annehmen, wenn sich das Nettoeinkommen (vgl. Nr. 10 der Tarifbedingungen) der versicherten Person nicht erhöht hat.

Erhöhungsangebote des Versicherers unterbleiben, sobald die Höchstgrenze von 200,- Euro erreicht ist. Der Versicherer wird die mögliche Anpassung der Höchstgrenze aufgrund der Einkommensentwicklung einer regelmässigen Überprüfung unterziehen und, soweit eine Anpassung erforderlich erscheint, mit Zustimmung des juristischen Treuhänders anpassen.

(2) Darüber hinaus kann die versicherte Person Anpassung des Krankentagegeldes beantragen, wenn sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit erhöht hat. Das Krankentagegeld kann im Verhältnis der aktuellen Steigerung des Nettoeinkommens höher versichert werden. Dem Antrag ist ein Nachweis über die aktuelle Veränderung des Nettoeinkommens beizufügen. Sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten nach der Veränderung gestellt wird, entfallen Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung.

(3)

a) Besteht bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, ein Versicherungsschutz mehr als drei Jahre, verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes um nicht mehr als 30% bzw. Tarifwechsel innerhalb der gleichen Versicherungsart auf die Einhaltung der Wartezeiten.

b) Besteht bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, ein Versicherungsschutz keine drei Jahre oder ist die Erhöhung mehr als 30%, gilt § 3 MB/KT 2009 sinngemäß für die Mehrleistung aus dem neuen Versicherungsschutz. Diese Einschränkung entfällt, soweit der Versicherungsschutz aufgrund einer im Tarif vorgesehenen allgemeinen Anpassung des Leistungsumfangs erhöht wird.

(4) Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung entfallen auch insoweit, als der Versicherungsschutz zum Ersten der ersten drei Monate eines Kalenderjahres um nicht mehr als den Vomhundertsatz erhöht wird, welcher der Erhöhung des Vomhundertsatzes der allgemeinen Bemessungsgrundlage in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) zum 1.1. eines Jahres gegenüber dem Vorjahr entspricht. § 4 Abs. (2) MB/KT 2009 findet Anwendung, jedoch wird das sich aus vorstehender Regelung insgesamt ergebende Krankentagegeld jeweils auf volle 5,– Euro aufgerundet. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes tritt an dem auf die Willenserklärung folgenden Monatsersten in Kraft.

(5) Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt der in den TB Nr. 3a), b) – 4 geregelten Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt.

(6) Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend.

(7) Bei Änderung der Gehaltsfortzahlung einer versicherten Person gilt Nr. 9 der Tarifbedingungen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

Nr. 8 Leistungsdauer/-höhe

(1) Das versicherte Krankentagegeld wird von dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt – Ablauf der Leistungsfreien Tage (Karenzzeit) – an gezahlt, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Bei Arbeitnehmern werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen, die der Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgelts zusammenrechnen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet.

(3) Bei selbständig Tätigen werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet, wenn zwischen den jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht mehr als 28 Tage liegen und die wiederholte Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche ab Beginn dem Versicherer durch ärztliches Attest mitteilt. Eine Anrechnung erfolgt nur bei Tarifen mit mindestens 21 Karenztagen.

(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.

Nr. 8 a Maßgeblich für Berechnung des Nettoeinkommens ist abweichend von § 4 Abs. 2 MB/KT 2009 ausschliesslich der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

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

Nr. 9 Entgeltfortzahlung

(1) Eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

(2) Bei Arbeitnehmern wird die Karenzzeit im Falle der Änderung der Entgeltfortzahlung im bestehenden Tarifsystem ohne Risikoprüfung angepasst, wenn der Nachweis innerhalb zweier Monate nach Änderung erbracht wird.

Diese Regelung entfällt, wenn die versicherte Person angestellter Geschäftsführer einer juristischen Person und gleichzeitig Gesellschafter derselben ist.

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

Nr. 10 Nettoeinkommen/Nachweis

(1) Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar.

(2) Bei Selbständigen und Freiberuflern sind 80% der Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb bzw. Land- und Forstwirtschaft nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes versicherbar.

(3) Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag.

(4) Das Nettoeinkommen bei Abschluss des Vertrages und während der Vertragslaufzeit sowie die Dauer der Gehaltsfortzahlung und deren Veränderungen sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

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

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

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 11a Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

Abweichend von § 4 Abs. 9 MB/KT 2009 wird das tarifliche Krankentagegeld während eines Aufenthaltes in einer Gemischten Anstalt auch ohne vorherige Zusage des Versicherers gezahlt.

Nr. 11b Beitragsrückerstattung (BRE)

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet.

Dies kann geschehen durch:

Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

(4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, dass

a) ein Tarif, für den Beitragsrückerstattung gezahlt werden soll, während des letzten Geschäftsjahres ununterbrochen bestanden hat,

b) Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen wurden,

c) die Versicherung mindestens bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres noch fortbestand (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit während der ersten 7 Monate des laufenden Geschäftsjahres beendet wurde).

(5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifes maßgebend, die für den Juni des abgelaufenen Geschäftsjahres zu zahlen war.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 12a Unvorhersehbare Kriegsereignisse/Mittelbar durch Kriegsereignisse

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KT 2009 wird für Versicherungsfälle die in der ersten Woche nach Kriegsbeginn eingetreten sind das vereinbarte Krankentagegeld gezahlt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird auch für Versicherungsfälle das vereinbarte Krankentagegeld gezahlt, die nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist eingetreten sind.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KT 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb Deutschlands verursacht werden.

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

Nr. 12b Entziehungsmaßnahme

Abweichend von § 5 Abs. 1b MB/KT 2009 wird einmalig für die erste Entziehungsmaßnahme 80% des versicherten Krankentagegeldes maximal jedoch 70,– Euro pro Tag nach Abzug der vereinbarten Karenzzeit und unter Anrechnung eines bereit gestellten Übergangsgeldes gezahlt.

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

Nr. 12c Fortfall der Leistungseinschränkung

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 Abs. (1) c MB/KT 2009 entfällt.

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

Nr. 13 Schwangerschaft

Leistungspflicht besteht außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen, wenn vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.

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

Nr. 14a Mutterschutz-Pauschale

Der Tarif kann Regelungen für eine Mutterschutz-Pauschale vorsehen.

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;

Nr. 14b Medizinisch notwendiger Ortswechsel

Die Leistungseinschränkung entfällt, wenn dringende medizinische Gründe einen Ortswechsel erforderlich machen und dies vor dem Ortswechsel durch ärztliches Attest nachgewiesen wird.

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

Nr. 15a Ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit

Abweichend von § 5 Abs. 1g MB/KT 2009 wird Krankentagegeld gezahlt, wenn vor Beginn der Behandlung eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von 2 Wochen nachgewiesen wurde.

Nr. 15b Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Werden aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung (ausgenommen Tarif KUR) Leistungen bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung erbracht, dann wird – soweit es sich nicht um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt und die Karenzzeit abgelaufen ist – auch Krankentagegeld gezahlt. Dies jedoch längstens für 28 Tage.

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

Nr. 15c Fortfall der Leistungseinschränkung

§ 5 Abs. 2 MB/KT 2009 entfällt.

§ 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.

Nr. 16 Termin der Auszahlung/Kosten der Nachweise

Fällige Krankentagegelder werden bedingungsgemäß nachträglich für die nachgewiesene Dauer ausgezahlt.

(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.

Nr. 17 entfällt

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

Nr. 18 Überweisungs- und Übersetzungskosten

Kosten für eine normale Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Nr. 19 Eintrittsalter

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.

(2) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(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.

Nr. 20 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlass

(1) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Liegt das Datum des Versicherungsbeginns nach dem in § 8 Abs. 3 MB/KT 2009 genannten Fälligkeitszeitpunkt, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(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 Folgebetrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19

Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Nr. 21 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den jeweils gültigen „Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)“, auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen, vereinbaren.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Altersrückstellung zu bilden ist.

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

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufiger 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.

Nr. 22 Anpassungsfaktor

Der in Abs. 1 Satz 3 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrundeliegenden Tarifen 10%.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

Nr. 23 Obliegenheiten

Der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen auf den von ihm zur Verfügung gestellten Vordrucken – mindestens aber in 14-tägigen Abständen – nachzuweisen.

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

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

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Nr. 23a Widersprechende Weisungen

Bei sich widersprechenden Weisungen mehrerer Ärzte ist die Weisung des behandelnden Arztes zu befolgen.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

Nr. 23b Abhängige/selbständige Beschäftigung (Berufsstatus)

Als Berufswechsel gilt auch eine Änderung des Berufsstatus.

Nr. 23c Gehaltsfortzahlung

(1) Eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 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.

Nr. 24 Recht auf Umwandlung

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlangen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit für die berufliche Tätigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von begründeten besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Nr. 25 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

(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 Anwartschaftversicherung 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.

Nr. 26 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KT 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung hinsichtlich des Teils des nachgewiesenen Nettoeinkommens gemäß Nr. 10 Abs. 1 TB 2009, der den durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil übersteigt, das versicherte Krankentagegeld auf den verbleibenden Absicherungsbedarf (§ 4 Abs. 2 MB/KT 2009) zu reduzieren, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund einer 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 eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

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

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

Nr. 27 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Selbständigen, wenn und solange die Krankentagegeldversicherung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

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

Nr. 28 entfällt

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

Nr. 29 Arbeitslosigkeit bei Befreiung von der Versicherungspflicht

Abweichend von den Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann die Krankentagegeldversicherung für versicherte Personen, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a fünftes Buch – Sozialgesetzbuch (SGB V) von der Versicherungspflicht befreit wurden, auch im Falle von Arbeitslosigkeit oder der Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit solange weitergeführt werden, als sie Ansprüche gegen die Bundesagentur für Arbeit haben.

Die von der Bundesagentur für Arbeit für die versicherte Person erbrachten Leistungen (Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld, Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur gesetzlichen Rentenversicherung) bilden das versicherbare Einkommen. Dieses vermindert sich, wenn eine weitere Krankentagegeldversicherung besteht, um den dort vereinbarten Tagegeldsatz. Ab Eintritt der Arbeitslosigkeit wird das Krankentagegeld bei gleichzeitiger Anpassung des Beitrages und gegebenenfalls vereinbarter Risikozuschläge auf das versicherbare Einkommen herabgesetzt. Eine entsprechende Anpassung wird auch bei einer Minderung der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit vorgenommen.

Das Krankentagegeld wird nach Ablauf der 6. Woche einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit an Stelle der wegfallenden Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Wegen derselben Krankheit wird Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von je 3 Jahren, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an, erbracht. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Soweit die Bundesagentur für Arbeit Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei ihren Leistungen zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers Zusammengefasst.

Als berufliche Tätigkeit gilt hinsichtlich der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit die von der Bundesagentur für Arbeit bei ihren Leistungen zu Grunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit; sinngemäß gilt dies auch für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit nach § 15 AVB Teil I.

Die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote nach § 5 Abs. 1 e AVB Teil I gilt bei Arbeitslosigkeit entsprechend.

Bei Wiederaufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses kann, soweit Versicherungsfähigkeit besteht, im Rahmen der bestehenden Tarife ein Krankentagegeld in Höhe des dann maßgeblichen Nettoeinkommens ohne erneute Risikoprüfung vereinbart werden. Gleichzeitig tritt die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit vereinbarte Karenzzeit wieder in Kraft. Wird der Antrag auf Umstellung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Wiederaufnahme gestellt, kann die Annahme für höhere als zuletzt vereinbarte Tagegeldleistungen von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Für diese Leistungen sind die Wartezeiten zu erfüllen.

Nr. 29a Aufgabe der selbständigen Tätigkeit

Entfallen die sachlichen Voraussetzungen gem. Nr. 2 Abs. 1 TB zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit, endet das Versicherungsverhältnis zunächst nicht. Hat der Versicherungsnehmer trotz wieder eingetretener Arbeitsfähigkeit von insgesamt 6 Monaten die sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit nicht geschaffen oder hat er kein Angestelltenverhältnis begründet, endet die Krankentagegeldversicherung, spätestens aber mit Bezug von ALG II.

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

Nr. 30 Berufsunfähigkeit

(1) Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet die Gesellschaft aufgrund der eingereichten bzw. von ihr eingeholten Nachweise.

(2) Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungrente

Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 15 b MB/KT 2009 liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bei Unfähigkeit des Versicherten, mehr als vier Stunden kalendertäglich erwerbstätig zu sein, bezieht. Die Differenz zwischen der Rentenzahlung und dem vertraglich vereinbarten Tagegeld wird für längstens 3 Monate nach Beginn der Rentenzahlung ausgezahlt, sofern nicht bereits wegen festgestellter Berufsunfähigkeit die 3-monatige Nachleistung in Anspruch genommen wurde. Rentenzahlungen, die die versicherte Person – ohne dass der Zustand der Berufsunfähigkeit festgestellt wäre – lediglich aufgrund der Vermutung erhält, dass bei 6-monatigem Zustand ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit mit einer Besserung des Gesundheitszustandes nicht zu rechnen ist (fingierte Berufsunfähigkeit), werden nicht angerechnet. Wegen Bezuges einer solchen Rente aufgrund lediglich fingierter Berunfsunfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis nicht.

Nr. 31 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Endet die Leistungspflicht des Versicherers wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder die Dauer des Bezugs der Erwerbsminderungsrente bzw. Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente bzw. Erwerbsminderungsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Das ursprüngliche Versicherungsverhältnis tritt auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Wiedereintritt der Versicherungsfähigkeit oder der Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit zu dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem der Versicherungsnehmer die o. g. Ereignisse nachweist, der Nachweis hat innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der aufgezählten Ereignissen zu erfolgen. Andernfalls erlischt der Anspruch auf Ausübung der Anwartschaft.

Versicherungsschutz wird gewährt unter Zugrundelegung des dann aktuellen Nettoeinkommens, höchstens jedoch in der Höhe, die ursprünglich vereinbart war. Der Versicherungsnehmer hat bei Antragstellung das aktuelle Einkommen nachzuweisen. Liegt das aktuelle Einkommen über dem ursprünglich abgeschlossenen Krankentagegeld, gilt Nr. 7 Abs. 2 entsprechend. Der Antrag auf Anpassung des Krankentagegeldes ist mit dem Antrag auf Wiederinkraftsetzung zu stellen, andernfalls erlischt der Anspruch.

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

Nr. 32 Erreichen der Altersgrenze.

Das Versicherungsverhältnis endet mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

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

Nr. 33 Ehescheidungen, Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 6 MB/KT 2009 gilt entsprechend.

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

(2) 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Anhang

§ 196 VVG: 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.

VG573

061E-N bis 064E-N
Krankentagegeld-Versicherung für Angehörige freier Berufe
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil III: Krankentagegeldversicherung für Angehörige freier Berufe

Tarif	061E-N bis 064E-N
A. Leistungen des Versicherers	Der Versicherer zahlt bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der jeweiligen Karenzzeit Krankentagegeld. Die Höhe des Krankentagegeldes richtet sich nach der Anzahl der vereinbarten Stufen. Es beträgt je Stufe 1,00 EUR. Die Karenzzeit beträgt in Tarif 061E-N eine Woche, Tarif 062E-N zwei Wochen, Tarif 063E-N drei Wochen und in Tarif 064E-N vier Wochen.
B. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Angehörige freier Berufe, die eine selbstständige Berufstätigkeit heilkundlicher, rechtsberatender, wirtschaftsberatender, naturwissenschaftlicher, technischer, pädagogischer oder übersetzender Art ausüben, aus dieser Tätigkeit regelmäßige Einkünfte haben und noch keine Rente wegen einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beziehen oder beanspruchen können. Versicherungsfähig sind unter sonst gleichen Voraussetzungen auch Apotheker. Entfällt die Versicherungsfähigkeit in diesem Tarif, bleibt sie aber in einem anderen Krankentagegeldtarif des Versicherers bestehen, kann der Versicherungsnehmer im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung und bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes eine den geänderten Verhältnissen angepasste Weiterversicherung nach Maßgabe des anderen Tarifes verlangen.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 01.2009

VG574

901E-N bis 906E-N
Krankentagegeldversicherung für Ärzte und Zahnärzte
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Teil III: Krankentagegeldversicherung für Ärzte und Zahnärzte

Tarif	901E-N bis 906E-N
A. Leistungen des Versicherers	Der Versicherer zahlt bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der jeweiligen Karenzzeit Krankentagegeld. Die Höhe des Krankentagegeldes richtet sich nach der Anzahl der vereinbarten Stufen. Es beträgt je Stufe 1,00 EUR. Die Karenzzeit beträgt in Tarif 901E-N eine Woche, Tarif 902E-N zwei Wochen, Tarif 903E-N drei Wochen Tarif 904E-N vier Wochen und in Tarif 906E-N sechs Wochen.
B. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig ist, wer seinen Beruf als Arzt oder Zahnarzt selbstständig ausübt, aus dieser Tätigkeit regelmäßige Einkünfte hat und noch keine Rente wegen einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beziehen oder beanspruchen kann. In dem Tarif 906E-N sind ferner Ärzte und Zahnärzte, die als Arbeitnehmer mit einem 6-wöchigen Entgeltfortzahlungsanspruch in einem festen Arbeitsverhältnis stehen, lohnsteuerpflichtig sind und noch keine Rente wegen einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beziehen oder beanspruchen können, versicherungsfähig. Entfällt die Versicherungsfähigkeit in einem Tarif, bleibt sie aber in einem anderen Krankentagegeldtarif des Versicherers bestehen, kann der Versicherungsnehmer im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung und bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes eine den geänderten Verhältnissen angepasste Weiterversicherung nach Maßgabe des anderen Tarifs verlangen

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 01.2009

VG583
TN Krankentagegeld-Versicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil III: Krankentagegeldtarif für Selbständige

Tarif/Klasse	TN 7
A. Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif **TN 7** nach Ablauf von **7** leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
B. Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 11.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- z. B.: Für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens 7 Tage nach Ablauf der Karrenzzeit vorliegen. Anruf oder Telefax genügt.

  Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.
- Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgeschickt werden. Beachten Sie dabei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.
- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.

  Ausnahme: Sollten Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig werden, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

VG584
TN Krankentagegeld-Versicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil III: Krankentagegeldtarif für Selbständige

Tarif/Klasse	TN 14
A. Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif **TN 14** nach Ablauf von **14** leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
B. Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 11.2008

VG585
TN Krankentagegeld-Versicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil III: Krankentagegeldtarif für Selbständige

Tarif/Klasse	TN 21
A. Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif **TN 21** nach Ablauf von **21** leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
B. Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 11.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- z. B.: Für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens 7 Tage nach Ablauf der Karrenzzeit vorliegen. Anruf oder Telefax genügt.

  Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.
- Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgeschickt werden. Beachten Sie dabei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.
- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.

  Ausnahme: Sollten Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig werden, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

VG586
TN Krankentagegeld-Versicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil III: Krankentagegeldtarif für Selbständige

Tarif/Klasse	TN 28
A. Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif **TN 28** nach Ablauf von **28** leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
B. Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 11.2008

VG591

TG 42 Krankentagegeld-Versicherung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil III: Krankentagegeldtarif für Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Tarif	TG 42
A. Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif TG 42 nach Ablauf von **42 leistungsfreien Tagen** seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
B. Versicherungsfähigkeit	(1) Versicherungsfähig sind erwerbstätige Personen, die Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind. **Nicht versicherungsfähig** sind Profi-Sportler, die per Vertrag bei einem Verein angestellt sind und/oder mehr als 50% ihres Einkommens aus dieser Tätigkeit beziehen. (2) Fällt die Versicherungsfähigkeit fort, endet zum gleichen Zeitpunkt die Versicherung nach Tarif TG 42. Der Versicherungsnehmer kann jedoch das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person in einem Tarif mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8a Abs. 2 MB/KT 2009. Trifft der Versicherungsnehmer binnen eines Monats nach Aufforderung keine Wahl, gilt die Fortsetzung des gleichen Versicherungsverhältnisses aus Tarif TG 42 in TN 42 als vereinbart, sofern die Versicherungsfähigkeit in TN 42 gegeben ist.
C. Aufnahmefähigkeit	Aufnahmefähig sind versicherungsfähige Personen (B.) bis zum vollendeten 64. Lebensjahr.
D. Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 11.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif TG 42
Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- z. B.: Für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- z. B.: Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens am 49. Tag vorliegen. Anruf oder Telefax genügt.

  Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.
- Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgeschickt werden. Beachten Sie dabei bitt unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.
- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.

  Ausnahme: Sollten Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig werden, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

Nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber sollten Sie sich unverzüglich bei Ihrem Rentenversicherungsträger, z. B. der Deutschen Rentenversicherung, erkundigen, was Sie wegen der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigen müssen.

VG587
TN Krankentagegeld-Versicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil III: Krankentagegeldtarif für Selbständige und Arbeitnehmer

Tarif/Klasse	TN 91
A. Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif **TN 91** nach Ablauf von **91** leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
B. Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 11.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- z. B.: Für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens 7 Tage nach Ablauf der Karrenzzeit vorliegen. Anruf oder Telefax genügt.

  Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.
- Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgeschickt werden. Beachten Sie dabei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.
- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.

  Ausnahme: Sollten Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig werden, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

Nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber sollten Sie sich unverzüglich bei Ihrem Rentenversicherungsträger, z. B. der Deutschen Rentenversicherung, erkundigen, was Sie wegen der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigen müssen.

VG588
TN Krankentagegeld-Versicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil III: Krankentagegeldtarif für Selbständige und Arbeitnehmer

Tarif/Klasse	TN 182
A. Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif **TN 182** nach Ablauf von **182** leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
B. Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 11.2008

VG589

TN Krankentagegeld-Versicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil III: Krankentagegeldtarif für Selbständige und Arbeitnehmer

Tarif/Klasse	TN 365
A. Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach Ablauf von 365 leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
B. Anwartschaftsversicherung	Studenten der Medizin sowie Ärzte und Zahnärzte vor der Kassenzulassung können durch eine Anwartschaftsversicherung die Option erwerben, bei Aufnahme eines nicht versicherungspflichtigen Anstellungsverhältnisses oder bei Niederlassung ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten eine Versicherung nach diesem Tarif bis zu einem Krankentagegeld, das dem höchsten Krankentagegeldanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, zu begründen. Die Option muss innerhalb von zwei Monaten nach dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme eingetreten sind, ausgeübt werden. Die Option erlischt nach spätestens 5-jähriger Dauer. Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung beträgt jährlich 60% eines Monatsbeitrages unter Berücksichtigung des Eintrittsalters bei Erwerb der Option. Er ist jeweils im voraus zu zahlen. Bei monatlicher Zahlungsweise sind 5% eines Monatsbeitrages zu entrichten. Der Beitrag nach Ausübung der Option richtet sich nach dem Eintrittsalter zu Beginn des durch die Option auflebenden Versicherungsschutzes.
C. Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 11.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif TN 365 oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- z. B.: Für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens am 372. Tag vorliegen. Anruf oder Telefax genügt.

  Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.
- Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgeschickt werden. Beachten Sie dabei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.
- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.

  Ausnahme: Sollten Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig werden, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

Nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber sollten Sie sich unverzüglich bei Ihrem Rentenversicherungsträger, z. B. der Deutschen Rentenversicherung, erkundigen, was Sie wegen der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigen müssen.

VG355
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenzusatzversicherung Tarif KOMFORT

Stand: 01.2008

Nach diesem Tarif aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind.

Sie sind verpflichtet, uns über den Fortfall der GKV-Versicherung unverzüglich zu informieren und dies nachzuweisen.

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten im Versicherungsfall Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Hierzu zählen auch Untersuchungen und Behandlungen wegen einer Schwangerschaft sowie die Entbindung.
Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungen nicht mehr erforderlich sind.

(3) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch eine besondere Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. § 15 Abs. 2). Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diese Zeit hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(5) Verlegen Sie oder eine andere mitversicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über Europäischen Wirtschaftsraum, so wird das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fortgesetzt, dass wir bis zur Höhe derjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen wären.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist das Zu-Stande-Kommen des Vertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Neugeborene versichern wir ohne Wartezeiten und Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten (leistungsfreie Zeit des Versicherers)

Keine

§ 4 Informationen zum Leistungsumfang

(1) Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistungen ergeben sich aus § 4a.

(2) Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung haben Sie die freie Wahl unter allen Krankenhäusern in Deutschland, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen. Wünschen Sie eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus, besteht ein Anspruch auf Erstattung nur, wenn und soweit wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei einer notfallmäßigen Einweisung ist eine schriftliche Zusage nicht erforderlich.

(3) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, haben Sie nur dann einen Leistungsanspruch, wenn wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

(4) Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wenden Heilbehandler andere Methoden an oder verordnen andere Arzneimittel, dann leisten wir auch dafür, wenn sich diese Methoden oder Arzneimittel nach statistischen Methoden als erfolgversprechend erwiesen haben. Bei unheilbaren Krankheiten zahlen wir auch für solche, die auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Ziel wahrscheinlich macht.

§ 4a Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistung

(1) Stationäre Heilbehandlung:

1.1 Versicherungsleistungen

Folgende Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung, mit Ausnahme der in Ziffer 1.2 genannten Behandlungen, werden zu 100% übernommen:

a) Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistungen);

b) Kosten für die Inanspruchnahme des Privatarztes, soweit sie innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen leisten wir auch über den Höchstsatz hinaus, wenn wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben;

c) Mehrkosten, die Ihnen oder einer mitversicherten Person von der GKV auferlegt werden, weil ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt wurde.

d) Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.

Die Kosten für die unter a) bis d) genannten Leistungen sind nur erstattungsfähig, wenn die GKV die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen tatsächlich übernimmt.

1.2 Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen einschließlich der vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen und Kieferorthopädie werden, auch im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, nach diesem Tarif nicht erstattet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Wir leisten nicht für

a) Krankheiten, Krankheitsfolgen und Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;

b) Entziehungsmaßnahmen.

c) vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfallfolgen;

d) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

e) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder.
Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet;

f) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

g) Behandlung durch Ärzte oder Krankenhäuser, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung 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.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder entstehen hierfür Kosten, die diejenigen einer medizinisch gleichwertigen bzw. auf das gleiche Behandlungsziel gerichteten Alternative, erheblich übersteigen, setzen wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herab. Ebenso verfahren wir, wenn die für eine Maßnahme berechneten Kosten wesentlich über dem allgemein üblichen Entgelt liegen.

(3) Leistungen der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, sowie Ansprüche auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unseren Leistungen vor. Wir sind daher nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser Vorleistung verbleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.

(3) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

(4) Haben Sie oder die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Erstattung aller Verpflichteten zusammen die Aufwendungen nicht übersteigen.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr).

(2) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(3) Wird der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs. 2 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.

Darüber hinaus sind wir leistungsfrei, wenn der Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt ist, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder durch Anfechtung des Versicherers wegen

arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt oder Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, stehen uns die Beiträge bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag nicht gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(4) Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

(5) Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(6) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(7) Nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und unseren technischen Berechnungsgrundlagen werden zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend unseren technischen Berechnungsgrundlagen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Unsere Versicherungsleistungen, zu denen wir uns unseren Versicherungsnehmern – also auch Ihnen – gegenüber verpflichten, können sich durch steigende Behandlungskosten, eine häufigere Inanspruchnahme oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5% können, bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt der Vergleich der Barwerte der erforderlichen und kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn wir in Übereinstimmung mit dem Treuhänder von einer vorübergehenden Änderung der Versicherungsleistungen ausgehen.

(3) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.

§ 9 Mitwirkungspflichten

1. Ohne Text

(2) Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

(3) Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Wenn Sie oder eine andere versicherte Person die in § 9 Abs. 2 und 3 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.

§ 11 Aufrechnung

Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Gewinnbeteiligung

§ 12 Beitragsrückerstattung

(1) Die Gewinnbeteiligung nehmen wir nach den gesetzlich vorgeschriebenen Grundsätzen vor, deren Einhaltung die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht überwacht.

(2) Die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Versicherungsnehmer verwenden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen kann dies geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir bestimmen im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Gewinnverwendung.

(3) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstands heranziehen (§ 56 a VAG).

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten, frühstens zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres schriftlich kündigen.

(2) Erhöht sich der Beitrag infolge einer besonderen Vereinbarung im Versicherungsvertrag (vgl. § 8 a Abs. 4), so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens kündigen.

(3) Wenn wir die Beiträge auf Grund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8 b Abs. 1) erhöhen oder unsere Leistungen im Rahmen einer Änderung der Bedingungen vermindern, können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Versicherten innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung durch schriftliche Erklärung kündigen.

(4) Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Diese wird zum Ende des Monats wirksam, in dem unsere Erklärung Ihnen zugegangen ist, im Falle der Kündigung sofort.

(5) Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

(2) Bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet für diese Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass wir eine andere Vereinbarung treffen. In diesem Fall können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann das Versicherungsverhältnis der betroffenen Personen in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden, sofern Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegzug beantragen.

(3) Der Versicherungsvertrag nach diesem Tarif endet mit Ablauf des Monats in dem der Versicherungsnehmer die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nachweist.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis

Ihre Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form.

§ 17 Verjährung Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.

(2) Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(3) Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(4) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 Änderung 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 folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine 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 mitgeteilt worden sind Vertragsbestandteil.

VG356
Allgemeine Versicherungsbedingungen 2008 (AVB 2008)
Teil I

Stand: 01.2008

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten im Versicherungsfall Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle, andere im Vertrag genannte Ereignisse und Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Hierzu zählen auch Untersuchungen und Behandlungen wegen einer Schwangerschaft, die Entbindung sowie sonst vereinbarte Leistungen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungen nicht mehr erforderlich sind.

(3) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil I) nebst Tarifbedingungen (AVB Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch eine besondere Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. § 15 Abs. 2). Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diese Zeit hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(5) Verlegen Sie oder eine andere mitversicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über Europäischen Wirtschaftsraum, so wird das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fortgesetzt, dass wir bis zur Höhe derjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen wären.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. In Versicherungsfällen, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, leisten wir für den Teil, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(2) Neugeborene versichern wir ohne Wartezeiten und Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten (leistungsfreie Zeit des Versicherers)

Es bestehen keine Wartezeiten.

§ 4 Information zum Leistungsumfang

(1) Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Tarifbedingungen (AVB Teil II). Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen der Ärzte, Zahnärzte, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Hebammen sind bis zu den Höchstsätzen der in Deutschland jeweils geltenden Gebührenordnung erstattungsfähig. Die Leistungen von Heilpraktiker sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

(2) Ihnen steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten, Zahnärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Hebammen und Heilpraktikern frei, soweit nicht in den Tarifbedingungen etwas anderes bestimmt ist.

(3) Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie physikalisch medizinische Behandlungen müssen Sie sich von den unter Abs. 2 genannten Behandlern verordnen lassen. Arzneimittel sind außerdem aus der Apotheke oder von anderen von uns empfohlenen Einrichtungen zu beziehen.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung können Sie unter den öffentlichen Krankenhäusern frei wählen. Wünschen Sie eine Behandlung in einer Privatklinik, besteht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten, wenn und soweit wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Dies gilt nicht bei einer notfallmäßigen Einweisung.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, haben Sie nur dann einen Leistungsanspruch, wenn wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

(6) Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wenden Heilbehandler andere Methoden an oder verordnen andere Arzneimittel, dann leisten wir auch dafür, wenn sich diese Methoden und Arzneimittel nach statistischen Methoden als Erfolg versprechend erwiesen haben. Bei unheilbaren Krankheiten zahlen wir auch für solche, die auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Ziel wahrscheinlich macht.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Wir leisten nicht für

a) Krankheiten, Krankheitsfolgen und Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;

b) Entziehungsmaßnahmen;

c) vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfallfolgen.

d) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

e) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet;

f) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

g) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung 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.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder entstehen hierfür Kosten, die diejenigen einer medizinisch gleichwertigen bzw. auf das gleiche Behandlungsziel gerichteten Alternative, erheblich übersteigen, setzen wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herab. Ebenso verfahren wir, wenn die für eine Maßnahme berechneten Kosten wesentlich über dem allgemein üblichen Entgelt liegen.

(3) Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, sowie Ansprüche auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unseren Leistungen vor. Wir sind daher nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser Vorleistung verbleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.

(3) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

(4) Haben Sie oder die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Erstattung aller Verpflichteten zusammen die Aufwendungen nicht übersteigen.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr).

(2) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

(3) Wird der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs.2 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.

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

(5) Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt oder Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, stehen uns die Beiträge bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag nicht gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen

angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(4) Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

(5) Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(6) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Unsere Versicherungsleistungen, zu denen wir uns unseren Versicherungsnehmern – also auch Ihnen – gegenüber verpflichten, können sich durch steigende Behandlungskosten, allgemein vermehrte Inanspruchnahme oder steigende Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt eine dieser Gegenüberstellungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn wir in Übereinstimmung mit dem Treuhänder von einer vorübergehenden Änderung der Versicherungsleistungen ausgehen.

(3) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.

§ 9 Mitwirkungspflichten

(1) Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

(2) Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Sie und jede mitversicherte Person sind darüber hinaus verpflichtet, nach Möglichkeit für eine Minderung der entstehenden Kosten zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Wenn Sie oder eine andere mitversicherte Person die in § 9 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.

§ 11 Aufrechnung

Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Gewinnbeteiligung

§ 12 Beitragsrückerstattung

(1) Die Gewinnbeteiligung nehmen wir nach den gesetzlich vorgeschriebenen Grundsätzen vor, deren Einhaltung die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht überwacht.

(2) Die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Versicherungsnehmer verwenden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen kann dies geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir bestimmen im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Gewinnverwendung.

(3) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstands heranziehen (§ 56 a VAG).

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten, frühestens zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres schriftlich kündigen.

(2) Hat eine im Versicherungsvertrag enthaltene Vereinbarung zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen für die versicherte Person der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres In-Kraft- Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(3) Wenn wir die Beiträge auf Grund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8 b Abs. 1) erhöhen oder unsere Leistungen im Rahmen einer Änderung der Bedingungen vermindern, können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Versicherten innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung durch schriftliche Erklärung kündigen.

(4) Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Diese wird zum Ende des Monats wirksam, in dem unsere Erklärung Ihnen zugegangen ist, im Falle der Kündigung sofort.

(5) Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

(2) Bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet für diese Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass wir eine andere Vereinbarung treffen. In diesem Fall können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann das Versicherungsverhältnis der betroffenen Personen in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden, sofern Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegzug beantragen.

(3) Bei Wegfall der in den Tarifbedingungen geregelten Versicherungsfähigkeit endet der Versicherungsvertrag mit Ablauf des Monats, in dem der Wegfall nachgewiesen wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis

Ihre Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form.

§ 17 Verjährung Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.

(2) Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

(3) Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

(4) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung 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 Änderung 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 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.

VG357
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Teil II
Tarifbedingungen für Tarif PREMIUM

Stand: 04.2006

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (GKV) versichert sind oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

Nach diesem Tarif ersetzen wir Aufwendungen für:

1. Zahnersatz

- prothetische Leistungen einschließlich Kronen, Inlays, Onlays, Reparaturen sowie Aufbissbehelfe und Schienen bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
- Implantate und implantologische Leistungen bis zu 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate); bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung
- gesondert berechnungsfähige Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten bis zu den in unserem Preisverzeichnis angegebenen Beträgen

Erstattung: 35% vom Rechnungsbetrag, jedoch zusammen mit den Leistungen der GKV oder freien Heilfürsorge nicht mehr als 100% der Gesamtkosten.

Wir leisten ab Beginn der Versicherung nach diesem Tarif wie folgt (Zahnstaffel):

Zeitraum	Max. Leistung insg.
im 1. bis 24. Monat	350,00 EUR
im 1. bis 48. Monat	700,00 EUR
ab dem 49. Monat	3.500,00 EUR im Kalenderjahr

Bei unfallbedingter Behandlung leisten wir bereits ab Beginn bis zu 3.500,00 EUR im Kalenderjahr.

Voraussetzung für die volle tarifliche Leistung ist, dass Sie uns rechtzeitig vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einreichen und wir diesen vor Behandlungsbeginn genehmigen. Ansonsten legen wir unserer Erstattung den halben Erstattungssatz (17,5%) zu Grunde.

2. Brillen, Kontaktlinsen, sehschärfenkorrigierende Laserbehandlung

Erstattung: 100% vom Rechnungsbetrag bis zu 300,00 EUR innerhalb von 3 Kalenderjahren

3. Vorsorgeuntersuchungen einschließlich Zahnprophylaxe

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Zusatzdiagnostik bei Schwangerschaft und Zahnprophylaxe; nicht jedoch Schul-, Sport-, Berufs- oder Reiseuntersuchungen (z.B. Fitnesstests, Schuleignungstests) und medizinisch-kosmetische Leistungen.

Erstattung: 70% vom Rechnungsbetrag bis zu 200,00 EUR im Kalenderjahr

4. Heilpraktiker und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren", Medikamente und Hilfsmittel (ohne Brillen und Kontaktlinsen)

a) Leistungen der Heilpraktiker innerhalb der Gebührenspanne des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)

b) Leistungen von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren" bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

c) Nicht verschreibungspflichtige Medikamente bei Vorlage einer Verordnung des Behandlers

d) folgende Hilfsmittel, wenn die GKV oder die freie Heilfürsorge Leistungen zur Verfügung gestellt hat:

- Hörgeräte
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf, Stimmprothesen, Sprachverstärker)
- orthopädische Schuhe und Einlagen
- Kompressionsstrümpfe
- Bandagen
- Liege- und Sitzschalen
- Korrekturschienen
- Orthesen (Geh- und Stützapparate) und Prothesen (Arm-, Hand-, Bein- und Fussprothesen)
- Rollstühle
- Lebenserhaltende Hilfsmittel (Sauerstoffgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung und Überwachungsmonitore); nicht jedoch Aufwendungen für Verbrauchsmaterialien (z. B. Batterien, Akkus).

Erstattung: 70% der Restkosten bis insgesamt 1.000,00 EUR im Kalenderjahr

5. Mehrkosten bei einer stationären Behandlung

Mehrkosten, die von der GKV auferlegt werden, weil ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt wurde; jedoch keine Transportkosten.

Erstattung: 100% der Mehrkosten

6. Erkrankungen während Auslandsreisen

Aufwendungen während Reisen bis zu 2 Monaten Dauer außerhalb Deutschlands; nicht jedoch für Krankheiten, die ein Grund des Reiseantritts waren. Kann die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten, leisten wir bis zu dem Zeitpunkt, in dem Reisefähigkeit eintritt. Ihr Auslandsreiseschutz umfasst:

a) ärztliche Behandlung und Wegegelder des Arztes für Entfernungen bis zum nächsterreichbaren Arzt

b) Medikamente, Verbandmittel

c) Heilmittel

d) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles ärztlich verordnet werden;

e) stationäre Heilbehandlung

f) notwendigen Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Arzt

g) schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen

h) medizinisch notwendigen Rücktransport sowie die notwendigen Aufwendungen für eine vorzeitige Rückkehr einer ebenfalls nach diesem Tarif versicherten Begleitperson

i) im Todesfall einer versicherten Person die Kosten der Überführung nach Deutschland bis max. 12.000,00 EUR oder aber die Bestattung vor Ort. Letztere max. bis zur Höhe der Kosten, die für eine Überführung entstanden wären.

Erstattung: 100% der Restkosten

Der Tarif beinhaltet darüber hinaus:

7. Bonusleistungen

- **Gesundheitsbonus:** von 40,00 EUR für versicherte Personen, die für das vorhergehende Kalenderjahr keine Leistungen erhalten oder beantragt haben.
- **Verhaltensbonus:** von 20,00 EUR für versicherte Personen, die für das vorhergehende Kalenderjahr Rechnungen gesammelt und nur einmal eingereicht haben. Werden dabei lediglich Rechnungen für Vorsorgeuntersuchungen nach Ziffer 3 eingereicht, wird anstelle des Verhaltensbonus der Gesundheitsbonus von 40,00 EUR ausbezahlt.

Weitere Voraussetzung für einen Anspruch auf die Bonuszahlungen ist, dass die Versicherung nach diesem Tarif für die betreffende Person mindestens seit dem 01.07. des Vorjahres ununterbrochen bestanden hat und die Beiträge für das vorhergehende Kalenderjahr ohne Verzug gezahlt worden sind. Wir werden den Bonus auf das vom Versicherungsnehmer genannte Konto überweisen.

8. Dynamisierung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Tarif PREMIUM auch betragsmäßig festgelegte Höchsterstattungsbeträge sowie die Bonusleistungen gemäß Ziffer 7 mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

9. Nachversicherungsgarantie

Vermindern sich die gesetzlichen Leistungen der GKV oder der freien Heilfürsorge, hat der Versicherungsnehmer für alle versicherten Personen die Möglichkeit, ohne Wartezeiten und ohne Gesundheitsprüfung in dann zur Verfügung gestellte Krankheitskostentarife umzustellen.

Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen (Tarif PREMIUM)

Stand: 05.2008

Bei den mit Tarif PREMIUM vereinbarten Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen handelt es sich um Leistungen, die von einer Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet werden.

Folgende Vorsorgeuntersuchungen werden im Rahmen des Tarifs PREMIUM erstattet:

- **Intervall-Check:** zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung
- **Check up-Ergänzung:** Ergänzung der Gesundheitsuntersuchung um Belastungs- und/ oder Ruhe-EKG sowie weitere Laboruntersuchungen
- **Kinder-Intervall-Check:** Ergänzungsuntersuchungen zu den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr
- **Kinder Audio Check** (Akustisch evozierte Potentiale) bei Neugeborenen innerhalb der ersten drei Monate
- **Facharzt-Check:** Fachbezogene Gesundheitsuntersuchung auf Wunsch des Patienten
- **General-Check:** Umfassende ambulante Vorsorge-Untersuchung
- **Sono-Check:** Sonographischer Check-up der inneren Organe
- **Doppler-Sonographie** der hirnversorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten
- **Lungenfunktionsprüfung** zur Krankheitsfrüherkennung (z. B. im Rahmen eines General-Check)
- Untersuchung zur Früherkennung von **Hautkrebs** – ohne Berücksichtigung von Altersgrenzen
- **Mammographie** zur Früherkennung des Mammakarzinoms bei Frauen ohne relevante Risikofaktoren
- **Große Vorsorgeuntersuchung** der Frau, d.h. mit zusätzlichem Ultraschall von Uterus und Ovarien evtl. spezielle Abstrichuntersuchungen
- Untersuchung zur **Früherkennung des Prostata-Karzinoms** mittels Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und ggf. transrektaler Sonographie
- **Brain Check:** Hirnleistungs-Check zur Früherkennung von Demenzen
- Untersuchung zur **Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen** im Kleinkind und Vorschulalter
- **Glaukomfrüherkennung** mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie
- zusätzlicher **Ultraschall in der Schwangerschaft**
- **Triple-Test** in der Schwangerschaft auf Down Syndrom und Neuralrohrdefekt

Medizinische Serviceleistung

Haben Sie Fragen zu den aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen?

Für die Versicherten im Tarif PREMIUM bieten wir zusätzlich zum Versicherungsschutz eine Hotline, unter der rund um die Uhr alle Fragen zu den aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen von qualifizierten Ansprechpartnern beantwortet werden.

Unter der **Telefon-Hotline 01802 / 22 88 10** (derzeit 6 Cent/Anruf) werden Ihre Fragen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr beantwortet.

Wir werden bezüglich der medizinischen Dienstleistungen von

MD Medicus
Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH
Industriestraße 2a
67063 Ludwigshafen

unterstützt.

MD Medicus verfügt über eine langjährige Erfahrung als medizinischer Dienstleister. Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern und Arzthelferinnen stehen Ihnen mit ihrem medizinischen Fachwissen zur Verfügung.

Medizinische Daten und Informationen, die Sie im Rahmen dieses Telefonats dem Expertenteam mitteilen, werden für die Bearbeitung Ihres Anliegens bei MD Medicus gespeichert und nicht an Dritte – auch nicht an uns – weitergeleitet.

VG360
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für Tarif VIAplus-SU

Stand: 01.2008

Teil I Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2008) §§ 1 – 19

Teil II Tarifbedingungen (TB 2008) Nr. 1 – 36

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden – soweit sich aus § 4 MB/KK 2008 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden – bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld

Nr. 1 a Besondere Bedingungen

(1) Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) abhängig machen, insbesondere wenn

a) das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht ist, oder

b) der Wohnsitz oder Arbeitsplatz außerhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers liegt.

(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) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

Nr. 2 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

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

Nr. 3 Vorsorgeuntersuchungen

Die in den gesetzlich eingeführten Programmen vorgesehenen Altersgrenzen für Erwachsene brauchen nicht eingehalten zu werden.

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.

Nr. 4 Weltgeltung außerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

(1) Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts besteht weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Hinsichtlich der Mehrkosten in Fällen zweckgerichteter Heilbehandlungen gilt Nr. 19 b der Tarifbedingungen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, spätestens zum ersten Werktag des dritten Monats eines Auslandsaufenthalts dem Versicherer eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen. Versäumt der Versicherungsnehmer diese Meldung, so ist der Versicherer berechtigt, Schriftsätze und Unterlagen an die bisherige Anschrift oder an eine etwaig bekannt gewordene ausländische Anschrift zu senden oder zustellen zu lassen.

(2) Über die in Abs. (1) genannte Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 37 Abs. 2 TB). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(3) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 37 Abs. (1) TB entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

(4) Kein Versicherungsschutz besteht ab dem 7. Monat eines Auslandsaufenthaltes, sofern keine besondere Vereinbarung gemäß Abs. (2) oder (3) zwischen dem Versicherten und dem Versicherer getroffen wurde.

(5) Ist es dem Versicherten, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß Abs. (2) oder (3) fristgerecht zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.

(6) Ein gemäß Abs. (2) vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des auf den Auslandsaufenthalt folgenden Monats, wenn die versicherte Person dauerhaft nach Deutschland, in einen anderen Mitgliedstaat der EU oder des EWR zurückkehrt.

Nr. 5 Rücktransport/Überführung aus dem Ausland

(1) Bei einem Auslandsaufenthalt werden im Rahmen der tariflichen Leistungen für Krankheitskostentarife auch die Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.

(2) Sofern in einem Tarif Kostenerstattung für medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus vorgesehen ist, werden auch Überführungskosten bis zu 5.200 Euro erstattet.

(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 (Altersrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 6 Kindernachversicherung

Sind beide Elternteile gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2008 beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

a) bei Unfällen,

b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

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

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

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, 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.

Nr. 7 Wartezeitverzicht

(1) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der besonderen Wartezeiten für Psychotherapie und Kieferorthopädie. Darüber hinaus verzichtet er in der Krankheitskostenvollversicherung auf die Einhaltung aller Wartezeiten. Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

(2) Bei nachweislich unmittelbarem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung schließt der Versicherungsschutz direkt an die Vorversicherung an.

(3) Wenn und soweit Wartezeiten vorgesehen sind, können diese aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

Nr. 8 Erhöhung des Versicherungsschutzes

Besteht ein Versicherungsschutz bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, mehr als 3 Jahre, verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes bzw. Tarifwechsel innerhalb der gleichen Versicherungsart auf die Einhaltung der Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

Nr. 9 Heilbehandler

(1) Als Heilbehandler gelten auch freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger.

(2) Sofern der Tarif Leistungen für ambulante Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

(3) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Nr. 10 Gebührenordnungen

Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Hebammen sowie Gebührenverzeichnissen für Heilpraktiker aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

Nr. 10 a Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

(1) Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste des versicherten Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

(2) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10% von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen. Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Nr. 10 b Ambulante Behandlung im Ausland

Die Nummern 10 und 10a TB gelten nicht für Behandlungen im Ausland. Zugrundegelegt werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

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

Nr. 11 Definitionen

(1) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird, Nährmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

(2) Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie und Logopädie. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt ist.

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die nachfolgend aufgezählten:

1. Sehhilfen, elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450 Euro brutto), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausstattung mit Batterien (bis max. 1450 Euro brutto pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausstattung mit Batterien;
2. Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 37 Euro an), orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist;
3. Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 400 Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;
4. Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, enterale Ernährung und Zubehör;
5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;
6. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte;
7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergiker-Bettwäsche (= Encasings, bis max. 200 Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung – nicht aber der Unterhalt – eines Blindenhundes.
   Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, die genannten Geldbeträge anzupassen.

(4) Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt 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.

Nr. 12 Leistungshöchstgrenzen

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Höhe des erstattungsfähigen Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, gelten als angemessen unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten.

(3) Der Versicherer verzichtet bei Krankenhausaufenthalten im Ausland auf die Anwendung von Abs. (2) – Nr. 1 TB bleibt unberührt.

Nr. 13 Besondere Unterbringungsformen

(1) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

(2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 94 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

(3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 13 a Vor- und Nachuntersuchung

Der Versicherer leistet im Rahmen einer stationären Behandlung für je eine medizinisch notwendige ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

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

Nr. 13 b Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

(1) Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn

– es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder
– die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltortes des Versicherten war.

(2) Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.

(6) Der Versicherer leistet in vertraglichem 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.

Nr. 14 Beitragsrückerstattung

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

(4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, dass

a) ein Tarif, für den Beitragsrückerstattung gezahlt werden soll, während des letzten Geschäftsjahres ununterbrochen bestanden hat,
b) Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen wurden, oder, soweit Tarife einen Verhaltensbonus vorsehen, der Versicherte die vom Versicherer vorgegebenen Verhaltensweisen erfüllt.
c) die Versicherung mindestens bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres noch fortbestand (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit während der ersten 7 Monate des laufenden Geschäftsjahres beendet wurde). Für die Auszahlung von gutgeschriebenen Beitragsteilen ist zudem Voraussetzung, daß die anspruchsberechtigte Person im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung mindestens 3 Versicherungsjahre bei dem Versicherer versichert ist (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch den Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit im zweiten oder dritten Versicherungsjahr beendet wurde).

(5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifes maßgebend, die für den Juni des abgelaufenen Geschäftsjahres zu zahlen war. Nicht berücksichtigt wird der gesetzliche Zuschlag, der der Beitragssicherung im Alter zufließt.

Nr. 15 Leistungen bei unterjährigen Tarifbeginnen bzw. -wechseln

Im ersten Versicherungsjahr beträgt der Tarifselbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8b MB/KK 2008).

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 16 Wehrdienstbeschädigung

Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2008 geleistet.

Nr. 16 a Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2008 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2008 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

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

Nr. 17 Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

(1) In der Krankheitskostenvollversicherung sind für maximal 8 Wochen einer stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme 80% der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig, sofern folgende Voraussetzungen insgesamt erfüllt sind:

– Es handelt sich um die erste Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Versicherungsbeginn in der Krankheitskostenvollversicherung;
– die Kostenübernahme wird vor Beginn der Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme beim Versicherer beantragt;
– es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
– es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung.

Über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinaus werden unabhängig vom versicherten Tarif keine weiteren tariflichen Leistungen für Entziehungs/Entwöhnungsmaßnahmen erbracht.

(2) Keine Leistungspflicht besteht in Zusatztarifen für gesetzlich Versicherte sowie in der Krankenhaustagegeldversicherung.

c) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

Nr. 18 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

(1) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, wird aus Tarifen mit Leistungen für stationäre Krankenhausbehandlung bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung – soweit dem Grunde nach kein Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger besteht und der Anspruch rechtzeitig und ordnungsgemäß beantragt wurde – ein Kostenzuschuss gewährt, wenn der Versicherer diesen vor Beginn der Behandlung aufgrund eines ausführlichen ärztlichen Attestes schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Die Zuschusshöhe ist abhängig vom versicherten Tarif, darf die tatsächlichen Kosten für Unterkunft und Behandlung aber nicht überschreiten. Die maximale Zuschusshöhe beträgt im Rahmen der Krankheitskostenvollversicherung bei Tarifen mit Leistungen für

– allgemeine Krankenhausbehandlung
  46,02 Euro pro Tag
– privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer
  71,58 Euro pro Tag
– privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer
  97,15 Euro pro Tag

im Rahmen der Krankheitskostenzusatzversicherung bei Tarifen mit Leistungen für

– privatärztliche Behandlung
  5,11 Euro pro Tag
– privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer
  12,78 Euro pro Tag
– privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer
  19,43 Euro pro Tag

Bei Tarifen, die eine prozentuale Erstattung vorsehen, entspricht der maximale Zuschuss dem entsprechenden Prozentsatz der obigen Beträge. Werden aus einem Kostentarif obige Leistungen erbracht, so wird aus Krankenhaustagegeldtarifen maximal die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes als Kostenzuschuss gezahlt. Insgesamt werden maximal die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet.

(2) Ein Anspruch für maximal 28 Tage besteht erstmals nach einer Versicherungsdauer von 48 Monaten oder innerhalb dieses Zeitraums nach einer Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussgesundheitsmaßnahme. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens 48 Monate nach Durchführung der letzten Kur-Maßnahme.

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

Nr. 19 Kur- und Badeorte

(1) Für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gewährt.

(2) Für eine ambulante Kurbehandlung werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, physikalische Therapie und Kurtaxe tariflich erstattet.

f) für Behandlungen durch Ehegatten, 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.

Nr. 19 a Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

(2) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. (1) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. (1) keine Anwendung.

(4) Wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt, findet Abs. (1) ebenfalls keine Anwendung.

Nr. 19 b Anwendbares Recht und Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

Für Klagen von Versicherungsnehmern, die sich nicht in Deutschland aufhalten, gilt die in Nr. 38 TB geregelte Gerichtsstands- und Rechtsvereinbarung.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 20 Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Belege der in § 4 Abs. 2 MB/KK 2008 genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Kranheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandler vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

(3) Das Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

(4) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31. 3. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

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

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

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

Nr. 21 Wechselkurs

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

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

Nr. 22 Überweisungskosten

Kosten für eine normale Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Nr. 23 Eintrittsalter

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 24 Abs. 1, Satz 2, erreicht hat.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

Nr. 24 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlass

(1) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 94 verzichtet der Versicherer auf den Beitrag für den Geburtsmonat.

(3) Wird der Beitrag für 12 Monate im voraus gezahlt, so ermäßigt er sich um 3%, bei 6-monatiger Vorauszahlung um 2%.

(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 §§ 37und 38 i. V. m. § 194 Abs. 2 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.

Nr. 25 Mahnkosten

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

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

Nr. 26 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den „Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)“, auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

Nr. 27 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor

(1) Der in § 8b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2008 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife für die Versicherungsleistungen 10% und für die Sterbewahrscheinlichkeit 5%.

(2) Abweichend von der Regelung des § 8b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2008, wonach der Versicherer bei dem in Nr. 27 Abs. 1 TB genannten Vomhundertsatz die Überprüfung der technischen Berechnungsgrundlagen durchzuführen hat, kann der Versicherer unter den übrigen in § 8b Abs. 1 MB/KK 2008 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung der erforderlichen zu den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen von mehr als 5% die Beiträge des jeweiligen Tarifs anpassen.

(3) Die Überprüfung aller Tarifbeiträge wird durchgeführt, wenn die Abweichung in mindestens einer Bestandsgruppe (Männer, Frauen, Kinder und Jugendliche) oberhalb des Anpassungsfaktors liegt.

(4) Unterscheidet sich das Leistungsversprechen der Tarife nur durch eine unterschiedliche prozentuale Erstattung oder unterschiedliche absolute Selbstbehalte, so gelten diese bei der Anpassung – unbeschadet des tariflichen Umwandlungsanspruches gemäß § 1 Abs. 5 MB/KK 2008 – als ein Tarif.

(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 Selbstbehalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem

Beginn anzuzeigen.

Nr. 28 Meldung einer Krankenhausbehandlung

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

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

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

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

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

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

Nr. 29 Unfall-Krankenhaustagegeld

Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 94 nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 – 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. 1VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Nr. 30 Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Jahre fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat.

Nr. 31 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

(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 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, nach dem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat

die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis 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.

Nr. 32 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2008 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(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 eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang). Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht sowie für eine nicht substitutive Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

Nr. 33 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht. Darüber hinaus verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auch, wenn die Krankenhaustagegeldversicherung zusammen mit der inzwischen beendeten Krankheitskostenvollversicherung bei dem Versicherer abgeschlossen wurde. Das verbleibende Kündigungsrecht kann vom Versicherer nur zum Ende des 3. Versicherungsjahres ausgeübt werden.

(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. 7 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

Nr. 34 Ehescheidungen, Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 2008 gilt entsprechend.

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

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

Nr. 35 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

(1) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die versicherte Person sich mehr als sechs Monate ununterbrochen im Ausland aufhält. Eine Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt ebenfalls vor, wenn mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate überschreiten und zwischen den einzelnen Auslandsaufenthalten ein Zusammenhang besteht.

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 MB/KK 2008 bzw. Nr. 4 Abs. (2) TB im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. (1) nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandaufenthalts bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 4 Abs. (2) TB getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 2008. (4) Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts aus Deutschland kann der Versicherte stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht 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.

Nr. 36 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Auf das Versicherungsverhältnis ist ausschließlich deutsches Recht anwendbar.

(2) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 4 Abs. (1) TB) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungsund Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, z.B. in den USA, gelten folgende Regelungen:

Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht.

Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die deutsche Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen.

Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass außer den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

All disputes between the parties hereto arising form or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law.

The venue for all disputes between the parties arising form or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz). This forum selection clause is also provide in English to emphasize that veneu in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not to be appropriate in any forum in the world other the locations set forth within this paragraph.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den geänderten 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

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und seit mindestens 10 Jahren ununterbrochen über Versicherungsschutz in einer zum Arbeitgeberzuschuss gemäß § 257 Abs. 2 SGB V berechtigenden Krankheitskostenversicherung verfügen, 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 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteiloder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der in Satz 1 genannten Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

§ 257 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss die Hälfte des Beitrags, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuss nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, nach § 249 Abs. (2) Nr. 3 als Beitrag zu tragen hätte.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. (3) a) versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Abs. (1) Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Abs. (2) bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz (1) Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Beitrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz (1) Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz (2) wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt;
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. (1) des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze 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 insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das Jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
   a) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die in Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären.
   b) sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
   c) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden;
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz (2) erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet. Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz (2a) Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz (2a) Satz 2 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. (1) des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

(2c) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes (2a) nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. (3), die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuss nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Beitrags, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. (3), die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuss nach Absatz (2) hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des aus dem Vorruhestandsgeld bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) und neun Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen als Beitrag errechneten Betrages, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Absatz (2) Satz 3 gilt entsprechend.

VG362
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Teil III
Tarifbedingungen für Tarif VIAplus-SU

Stand: 09.2008

Option auf eine Krankheitskostenvoll- und Zusatzversicherung
plus Bonifikation für gesundheitsbewusstes Verhalten
plus Versicherungsschutz bei schwerer Erkrankung oder schweren Unfallfolgen

Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig nach Tarif VIAplus-SU sind Personen, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt zum Versicherungsbeginn die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 SGB V übersteigt oder aber diese Grenze im Folgejahr überschreiten wird. Deren Ehegatten und in häuslicher Gemeinschaft lebende Kinder können mitversichert werden. Versicherungsfähig sind Arbeitnehmer, die bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versicherungspflichtig sind sowie deren vorgenannte Familienangehörige.

(1) Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsnehmer hat für sich und alle ebenfalls nach VIAplus-SU mitversicherten Angehörigen folgende Ansprüche:

1. Es besteht die Option auf Abschluss einer substitutiven Krankheitskostenvoll- oder Krankheitskostenzusatzversicherung nach Maßgabe des Abschnitts 3 Nr. 1-3.
2. Nach Eintritt einer schweren Erkrankung oder schwerer Unfallfolgen im Sinne von Abschnitt 2 besteht Anspruch auf Leistungen für privatärztliche Behandlung und Wahlleistungen. Der konkrete Leistungsumfang ergibt sich aus Abschnitt 3 Nr. 4-6.

(2) Schwere Erkrankung

Als schwere Erkrankung gelten die im Folgenden genannten Erkrankungen bzw. Unfallfolgen, wenn sie durch einen Arzt/Facharzt festgestellt und durch klinische, radiologische, histologische bzw. Laborbefunde bestätigt werden:

– Herzinfarkt (Myokardinfarkt)
  Klinische Diagnose eines Herzinfarktes, gesichert durch typische Beschwerden, Herzenzymanstieg und EKG Veränderungen.

  Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose

– Schlaganfall
  Jeglicher zerebrovaskulärer Insult mit andauernden neurologischen Folgeerscheinungen einschließlich Hirninfarkt, Blutung und Embolie extrakraniellen Ursprungs. Die neurologischen Ausfallerscheinungen müssen länger als eine Woche bestehen.

  Von dem Versicherungsschutz ausgeschlossen sind flüchtige Hirndurchblutungsstörungen, die sich innerhalb einer Woche ohne Folgen zurückbilden.

  Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn, d.h. frühestens nach Ablauf einer Woche, wenn die neurologischen Ausfallerscheinungen weiterhin bestehen.

– Krebs
  Eindeutige (histologisch gesicherte) Diagnose eines bösartigen Tumors, der charakterisiert ist durch unkontrolliertes Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metastasierungstendenz. Eingeschlossen sind bösartige Krankheiten des lymphatischen Systems, Leukämie und invasive maligne Melanome der Haut. Ausgeschlossen sind alle sonstigen Hauttumore, nichtinvasive Carcinomain-situ (z.B. oberflächliche, bösartige Schleimhautveränderungen des Gebärmutterhalses oder der Harnblase), isolierte Knoten der Brustdrüse und Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion.

  Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Erstdiagnose in obigem Sinn.

– Unfallfolgen bzw. Zustand nach einem Unfall, die nachfolgend benannt sind:

  Lähmungen (Paralyse)
  Vollständiger und dauerhafter Funktionsverlust von mindestens 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk durch eine unfallbedingte Lähmung. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn.

  Verlust von Gliedmaßen
  Der bleibende Verlust von 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk. Der Anspruch auf Leistung entsteht bei ärztlichem Nachweis zum Eintritt des Verlustes bzw. mit der Feststellung einer zwingenden Indikation zur Amputation.

  Schädel-Hirn-Trauma
  Verletzung des Schädels 3. Grades mit Hirnbeteiligung.

  Koma
  Ein Zustand von Bewusstlosigkeit, bei dem der Bewusstlose keine Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse (z.B. Blasen-, Mastdarmfunktion) zeigt. Der Zustand muss unter Einsatz lebensaufrechterhaltender Systeme andauernd für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden bestehen.

  Bei ärztlichem Nachweis entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn.

  Schwere Verbrennungen
  Verbrennungen 3. Grades an mehr als 18% der Körperoberfläche. Der Anspruch auf Leistung entsteht mit dem ärztlichen Nachweis zum Umfang der Verbrennungen.

  Ein Unfall liegt vor,
  wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle gelten auch durch Kraftanstrengung des Versicherten hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißungen an Gliedmaßen und Wirbelsäule; Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Satzes in den Körper gelangt ist.

  Als Unfälle gelten nicht:

  Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung;

  Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe, Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten;

  Gesundheitsschädigungen durch Strahlen;

  Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse.

(3) Informationen zum Leistungsumfang

1. Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung

Zu den unter Abschnitt 7 festgelegten Zeitpunkten hat der Versicherungsnehmer das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten für alle versicherten Personen folgende Versicherungen abzuschließen, sofern im beantragten Tarif Versicherungsfähigkeit besteht und dieser für den Neuzugang geöffnet ist:

– eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung

und

– eine Krankentagegeldversicherung
  für Angestellte ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, wenn gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung beantragt wird; für Selbständige ab dem 22. Tag;

oder

– eine Beihilfeversicherung

sowie

– eine private Pflegepflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

Das versicherbare Krankentagegeld ist begrenzt auf das aus der beruflichen Tätigkeit resultierende und auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen. Dieses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Ununterbrochene Vorversicherungszeiten in der sozialen Pflegepflichtversicherung nach § 1 SGB XI werden auf die in der privaten Pflegepflichtversicherung nach § 110 Abs. 3 SGB XI zu erfüllenden Wartezeiten angerechnet.

2. Option auf Abschluss einer Zusatzversicherung

Zu den unter Abschnitt 7 festgelegten Zeitpunkten hat der Versicherungsnehmer zudem das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten für alle versicherten Personen einen für den Neuzugang geöffneten Zusatzversicherungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen.

In der Krankentagegeldversicherung kann ohne erneute Gesundheitsprüfung ein Tagegeld von maximal 75,– Euro vereinbart werden.

3. Option auf Abschluss eines anderen Optionstarifes

Zu den unter Abschnitt 7 festgelegten Zeitpunkten hat der Versicherungsnehmer das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten für alle versicherten Personen einen für den Neuzugang geöffneten anderweitigen Optionstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen.

4. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die folgenden nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (Grundversicherung) verbleibenden Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und

Entbindung:

– alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft) inkl. Inanspruchnahme eines **Ein- oder Zweibettzimmers** als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPflV) **oder der 1. Pflegeklasse**
– Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarzt- und Belegarztbehandlung)
– Hebammenkosten
– Kosten für medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
– Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, falls der Versicherte ein anderes als in der Einweisung genanntes Vertragskrankenhaus gemäß § 108 SGB V wählt.

Für die Wahlleistung „Chefarztbehandlung“ werden in Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ für vom liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbrachte chirurgische Leistungen, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn hierzu eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. Dies gilt nicht für sonstige im Gebührenverzeichnis aufgeführte Leistungen.

Besteht gegen die Grundversicherung kein Anspruch auf Leistungen, so tritt an Stelle der Vorleistung durch diese eine Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers in Höhe von 270,– Euro täglich.

5. Ambulante Heilbehandlung

100%
für ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie – einschließlich Arznei- und Verbandmittel.

100%
für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Einhaltung von Altersgrenzen.

100%
für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker – außer Psychotherapie – einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einer Gesamtleistung von 1.000,– Euro pro Versicherungsjahr.

Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall
zu
100%
für die 1. bis zur 30. Sitzung
80%
für die 31. bis zur 60. Sitzung
70%
ab der 61. Sitzung
erstattet.

100%
für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.

Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf
75%
der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.

Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei

- orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen;
- Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr.1 Abs. 3 TB 2009;
- Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.

100%
für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen).

Die Gesamtleistung für zwei aufeinander folgende Versicherungsjahre ist auf insgesamt 250,– Euro begrenzt. Ein Anspruch bis zu 250,– Euro besteht auch im ersten Versicherungsjahr.

90%
für Heilmittel.

100%
der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit.

100%
für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind.

6. Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten:

- prothetische Leistungen einschließlich Kronen, Inlays, Onlays, Reparaturen sowie Aufbissbehelfe und Schienen;
- Implantate und implantologische Leistungen;
- gesondert berechnungsfähige Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten bis zu den in unserem Preisverzeichnis angegebenen Beträgen.

Unter Anrechnung der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden
100%
erstattet, sofern der Zahnersatz im Zusammenhang mit einem in Abschnitt 2 genannten Versicherungsfall erforderlich wird.

Wird der Zahnersatz nicht im Zusammenhang mit einem in Abschnitt 2 genannten Versicherungsfall erforderlich, erfolgt keine Leistung.

Rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ist ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

7. Wartezeit

Es bestehen keine Wartezeiten.

(4) Bonifikationen Nichtraucher- und Body-Maß-Index-Bonus

Versicherte Personen, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben und die nachweisen, dass sie seit mindestens 6 Monaten nicht oder nicht mehr rauchen, erhalten am Ende des 2. Versicherungsjahres einen Verhaltensbonus in Höhe von 20,– Euro.

Versicherte Personen, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben und einen Body-Maß-Index zwischen 18,5 und 25 nachweisen, erhalten am Ende des 2. Versicherungsjahres einen Verhaltensbonus in Höhe von 20,– Euro.

Der Anspruch kann einmalig zum Ende des 2. Versicherungsjahres geltend gemacht werden.

Der jeweilige Nachweis ist bereits erbracht, wenn der zuständige Vermittler dies dem Versicherer schriftlich bestätigt.

(5) Bonus bei durchgeführter Zahnprophylaxe

Weist der Versicherungsnehmer bei Ausübung des Optionsrechts für die versicherte Person nach, dass diese während der letzten 3 Kalenderjahre Zahnprophylaxe im Rahmen der Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt hat, gilt folgendes: Die versicherte Person erhält bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung, bei der die Höhe des Versicherungsschutzes von der Erfüllung von Prophylaxenmaßnahmen abhängt, ab Beginn einen um 10% höheren Versicherungsschutz für Zahnersatz. In Kombination mit anderen Tarifen gilt diese Erhöhung nicht mehrfach.

Als Nachweis zur Durchführung der geforderten Maßnahmen ist eine Kopie des Pflichtenheftes (Bonusheft) der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Die versicherte Person behält den erhöhten Versicherungsschutz nur unter den im jeweiligen Tarif beschriebenen Voraussetzungen. Eine darüber hinausgehende Erhöhung des Versicherungsschutzes folgt ebenfalls den tariflich beschriebenen Regelungen.

(6) Versicherungsdauer

Die Versicherung nach Tarif VIAplus-SU endet für alle versicherten Personen

- mit der Ausübung einer Option nach Abschnitt 3.1, 3.2 oder 3.3 durch den Versicherungsnehmer
- bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Versicherungsnehmers;
- bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer. Spätestens endet die Versicherung mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 4 Versicherungsjahren.

Die Versicherung kann nicht verlängert werden.

(7) Zeitpunkt und Frist zur Wahrnehmung der Optionen

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt der Versicherungsfreiheit für sich und seine mitversicherten Angehörigen eine Aufnahme in eine Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeld bzw. Beihilfeversicherung oder eine Krankheitskostenzusatzversicherung nach Maßgabe der Abschnitte 3 Nr. 1 und 2 zu verlangen.

Endet die Versicherung wegen Ablauf der Höchstversicherungsdauer kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung den Abschluss einer Versicherung nach Abschnitt 3 Nr.1 oder 2 verlangen, wenn Versicherungsfreiheit gegeben ist. Ist er weiterhin versicherungspflichtig, so kann er für sich und seine mitversicherten Angehörigen den Abschluss einer Versicherung nach Abschnitt 3 Nr. 2 oder 3 verlangen.

Unterschreitet das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt des Versicherten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 SGB V kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Zeitpunkt des Unterschreitens für sich und seine mitversicherten Angehörigen den Abschluss einer Krankheitszusatzversicherung nach Abschnitt 3 Nr. 2 oder den Abschluss eines anderweitigen Optionstarifs nach Abschnitt 3 Nr. 3 verlangen.

Die Frist zur Ausübung einer Option ist gewahrt, wenn der Antrag des Versicherungsnehmers dem Versicherer zum Ablauf der Frist vorliegt und bei Eintritt der Versicherungsfreiheit bzw. bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 SGB V ein Nachweis über den Eintritt eines dieser Ereignisse beigefügt ist.

(8)

8.1. Beiträge

Während der Laufzeit des Tarifs VIAplus-SU bleiben die Beiträge für diesen Tarif unverändert. § 8 b MB/KK 2009 gilt insoweit nicht.

8.2. Beitragsrückerstattung

Wird das Optionsrecht nach Abschnitt 3 Nr. 1 oder 2 wahrgenommen, erfolgt eine Beitragsgutschrift in Höhe von 3 Monatsbeiträgen, maximal aber in Höhe der tatsächlich gezahlten Beiträge. Voraussetzung hierfür ist, dass während der Dauer der Versicherung nach Tarif VIAplus-SU für die betroffene versicherte Person kein leistungspflichtiger Versicherungsfall eingetreten ist.

(9) Auszahlung der Boni und Beitragsrückerstattung

Die erwirtschafteten Bonifikationen gemäß Ziffer 4 und die Beitragsrückerstattung gemäß Ziffer 8.2 wird ausgezahlt werden.

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009).

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif VIAplus-SU Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

1. Was haben Sie außer der Option auf eine Voll- oder Zusatzversicherung noch versichert?

Ab dem Eintritt bestimmter schwerer Erkrankungen oder bestimmter schwerer Unfallfolgen bietet der Tarif einen Versicherungsschutz analog einer vollwertigen privaten Krankenversicherung. Sie sind dann schon Privatpatient.

Versicherungsleistungen

bei folgenden schweren Erkrankungen: Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs;

bei folgenden schweren Unfallfolgen: Lähmungen, Verlust von Gliedmaßen, Koma, Schädel-Hirn-Trauma, schweren

Verbrennungen.

- 100% Kostenerstattung bei stationärer Behandlung durch den Chefarzt und Unterbringung im 1-Bettzimmer nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse.
- 100% Kostenerstattung für ambulante Behandlung als Privatpatient

Ist eine im Tarif genannte schwere Erkrankung oder schwere Unfallfolge eingetreten, können Sie ab diesem Zeitpunkt für alle weiteren Krankheiten diese ambulanten und stationären privatärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen – und zwar für die Dauer des Vertrages.

Ist zusätzlich aufgrund der schweren Erkrankungen oder schweren Unfallfolgen Zahnersatz erforderlich, wird dieser ebenfalls nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse zu 100% erstattet.

2. Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, etc. können nicht übernommen werden.
- Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen sind – auch wenn Sie ursächlich mit einem Unfall in Zusammenhang stehen – nicht mitversichert. Bitte wenden Sie sich hierfür rechtzeitig an den zuständigen Rentenversicherungsträger (BfA oder LVA).

3. Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen („Gemischte Anstalten"), benötigen Sie vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage. Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort liegt.

4. Eintrittsalter bei Wahrnehmung der Option

Bei der Berechnung der Beiträge für die durch die Option erworbenen neuen Tarife wird das zum Zeitpunkt der Umstellung erreichte Alter der versicherten Person zu Grunde gelegt.

5. Erschwerungen

Wird für den Tarif VIAplus-SU eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den auflebenden Versicherungsschutz folgendes:

Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Erkrankungen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif VIAplus-SU war, soweit sie noch bestehen und die gewählten Tarife von dieser Risikoerhöhung betroffen sind. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten führen nicht zu weiteren Erschwerungen.

VG363

Liste für die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung, insbesondere bei Zahnersatz (gem. Nr. 10 b der Tarifbedingungen) (Gültig für Tarif VIAplus-SU.)

Gültig ab 01.07.2007

Informationen zur Sachkostenliste

1. Die Liste bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahntechnischen Labor als Sachkosten gemäß § 9 GOZ erbracht werden und im Rahmen des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind.
2. Neben den Leistungsinhalten sind die Höchstpreise zur Berechnung der tariflichen Leistungen aufgeführt. Leistungen, die nicht in dieser Liste enthalten sind, oder Preise, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

   Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.
3. Rechtzeitig vor Beginn der Therapie soll ein Heil- und Kostenplan und – falls Material- und Laborkosten anfallen werden – auch ein Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors vorgelegt werden. Der Versicherer gibt dann verbindlich über die tariflichen Leistungen Auskunft.

   Alle Beteiligten (Versicherte/r, Zahnarzt/Zahnärztin sowie das zahntechnische Labor) wissen bereits vor dem Therapiebeginn, was der Versicherer erstattet.
4. Diese Liste gilt für zahnärztliche Behandlungen ab dem 01.07.2007.

Was sollten Sie als Versicherte/r unbedingt tun ?

1. Es wird dringend empfohlen, diese Sachkostenliste dem Zahnarzt/der Zahnärztin direkt zu Beginn einer Behandlung/Untersuchung (Diagnostik) auszuhändigen. Sie ist im Inhalt und den Höchstpreisen Basis für die Erstattung aus dem Versicherungsvertrag.
2. Beauftragen Sie als Patient/in Ihre/n Zahnarzt/Zahnärztin, die Sachkostenliste zum Gegenstand des Auftrages an das zahntechnische Labor zu machen. Wenn dies erfolgt, haben Sie bei den Material- und Laborkosten nicht mit zusätzlichen Eigenbehalten zu rechnen! Es geht also um Ihren Anteil an diesen Kosten.
3. Notieren Sie auch, wann Sie Ihrem/r Zahnarzt/Zahnärztin diese Sachkostenliste ausgehändigt haben:

   ☐ Ein Exemplar/eine Fotokopie der Sachkostenliste habe ich

   am _____ Herrn/Frau _____

   ausgehändigt.

   ☐ Ich habe den/die Zahnarzt/Zahnärztin beauftragt, die Inhalte und Höchstpreise zum Gegenstand des Auftrages an das zahntechnische Labor zu machen.

Tarifbedingung Nr. 10 b

Nr. 10 b Sachkosten bei zahnärztlicher Heilbehandlung

(1) Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste des versicherten Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

(2) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen.

Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10% von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen. Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen.
Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Nr.	Leistungsinhalt	bis zu Euro*
1	Modell	7,64
2	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/ Galvanisieren	18,24
3	Set-up	11,29
4	Stumpfmodell mit Sockel, einschließlich aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowel-Pins	12,27
5	Zahnkranz	6,43
6	Zahnkranz sockeln	7,18
7	Modellpaar trimmen/Fixator	10,77
8	Einstellen in Mittelwertartikulator, einschließlich Auswertungen aus Gesichtsbogenmessungen	10,94
9	Modellpaar sockeln	27,03
10	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	12,74
12	Basis für Autopolymerisat	31,95
13	Bisswall	7,29
14	Individueller Löffel	26,68
15	Übertragungskappe	30,04
16	Provisorische Krone oder Brückenglied	38,49
17	Formteil	22,74
18	Vollkrone Metall/Krone f. Keramikverblendung/Wurzelstiftkappe	83,98
19	Vollkrone Stufenpräparation/Teilkrone/ Krone f. Kunststoffverblendung	95,09
20	Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/Stiftaufbau einarbeiten	18,24
21	Modellation gießen	27,26
22	Stiftaufbau	62,34
23	Brückenglied	70,09
24	Mantelkrone Kunststoff	86,76
25	Mantelkrone Keramik	134,22
26	Teleskopierende Krone	281,46
27	Steg	115,81
28	Steglasche/Stegreiter	61,41
29	Steggeschiebe individuell	131,96
30	Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/ Rillen-Schulter-Geschiebe	237,36
31	Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/ Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	141,57
32	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen einarbeiten	57,82
33	Gefrästes Lager	72,70
34	Schubverteilungsarm	73,56
35	Riegel individuell	216,70
36	Metallverbindung nach Brand	33,51
37	Verblendung Kunststoff	62,51
38	Zahnfleisch aus Kunststoff	21,36
39	Verblendung aus Keramik	106,44
40	Zahnfleisch aus Keramik	52,21
41	Metallbasis	163,21
42	Einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/ Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgehungsbügel	16,61
43	Zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/ Rücklaufklammer/BonyhardklammerGegenlager/Doppelbogenklammer	26,85
44	Zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/ Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	39,94
45	Bonwillklammer	53,60
46	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufläche	50,87
47	Lösungsknopf für Friktionsprothese	20,43
48	Abschlussrand	24,30
49	Zuschlag einzelne Klammer	25,18
50	Aufstellung Basis, Grundeinheit	50,18
51	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,32
52	Aufstellung Metallbasis, je Zahn	3,70
53	Übertragung einer Aufstellung auf Metall je Zahn	2,60
54	Fertigstellung einer Prothese, Grundeinheit	61,30
55	Fertigstellung je Zahn	4,46
56	Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer ohne Auflage/Kralle	12,68
57	zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	20,03
58	Weichkunststoff (ZE) Sonderkunststoff	112,97
59	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	43,93
60	Aufbissschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	140,76
61	Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-, Verschlussschiene, nicht adjustiert	83,58
62	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbißbehelf mitadjustierter Oberfläche	58,16
63	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mitadjustierter Oberfläche, je Zahn	12,85
64	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierterOberfläche aus Metall	207,90
65	Basis für Einzelkiefergerät	64,48
66	Basis für bimaxilläres Gerät	136,25
67	Schiefe Ebene	53,42
68	Vorhofplatte	72,18
69	Kinnkappe	64,18
70	Aufbiss	12,74
71	Abschirmelement	22,16
72	Weichkunststoff	59,50
73	Schraube einarbeiten	19,45
74	Spezialschraube einarbeiten	28,82
75	Trennen einer Basis	8,11
76	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	24,89
77	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	31,89
78	Labialbogen intermaxillär	38,14
79	Feder, offen	10,94

Nr.	Leistungsinhalt	bis zu Euro*
80	Feder, geschlossen	14,06
81	Verbindungselement intramaxillär	28,82
82	Verbindungselement intermaxillär	31,83
83	Verankerungselement	26,98
84	Einzelelement einarbeiten	13,78
85	Metallverbindung	19,10
86	Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	11,81
87	Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	20,03
88	Grundeinheit für Instandsetzung und/ oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbißbehelfs	21,30
89	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	9,15
90	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	57,99
91	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	27,26
92	Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/Rückenplatte/Kunststoffsattel	10,41
93	Retention, gebogen	56,37
94	Retention, gegossen	69,05
95	Gegossenes Basisteil	86,29
96	Wiederherstellung einer Metallverbindung	29,06
97	Teilunterfütterung	50,53
98	Vollständige Unterfütterung	69,45
99	Basis erneuern	84,67
100	Wiederherstellen eines konfektionierten Sekundärteiles	102,04
101	Wiederherstellen eines individuellen Geschiebes	89,71
102	Auswechseln von Konfektionsteilen	32,30
103	Kronen- oder Brückenreparatur	45,26
104	Versandkosten	4,80
105	Verrechnungseinheit für die Fertigung ausedelmetallfreier (NEM) Legierung	13,89
106	Remontage-Modell	32,93
109	Modellmontage in individuellem Artikulator I **)	17,20
110	Montage eines Gegenkiefermodells **)	9,72
111	Einstellen nach Registrat **)	10,60
112	Inlay 1-flächig (Gussfüllung)	86,24
113	Inlay 2-flächig (Gussfüllung)	86,24
114	Inlay 3-flächig (Gussfüllung)	95,50
115	Inlay mehrflächig (Gussfüllung)	95,50
116	Gussonlay	95,50
117	Keramik-/Glaskeramikinlay 1-flächig	200,84
118	Keramik-/Glaskeramikinlay 2-flächig	200,84
119	Keramik-/Glaskeramikinlay 3-flächig	210,10
120	Keramik-/Glaskeramikinlay mehrflächig	210,10
121	Keramik-/Glaskeramikonlay	210,10
122	Keramik-/Glaskeramikkrone	200,84
123	Keramik-/Glaskeramikbrückenglied	184,63
124	Veneers	163,80
125	Kaufläche nach gnathologischen Kriteriengestaltet, je Zahn	38,21
126	Implantat als Basis für eine Einzelkroneeinschließlich aller vom Systemlieferantenzu stellenden Konfektionsteile, auch zur Übertragung für und durch das Labor ***)	409,54
127	2 Implantate als Basis für eine Deckprotheseeinschließlich Steg und Stegreiter und aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile, auch zur Übertragung für und durch das Labor **)	703,03
128	Laserschweißen, bezogen auf den gesamten Arbeitsprozess	27,90
129	Zahnfleischmaske	32,55

* zuzüglich der jeweils gültigen MwSt.

**) nur in Verbindung mit einer der Positionen 112 bis 127

***) Lagerhaltungskosten sind nicht erstattungsfähig

Der Zahnarzt/die Zahnärztin kann darüber hinaus Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ, die nicht mit den Gebühren abgegolten sind, berechnen. Sofern unter einzelnen Leistungsinhalten verschiedene Bezeichnungen für diesen Inhalt angegeben sind, handelt es sich trotzdem um denselben Leistungsinhalt.

Die unterschiedlichen Bezeichnungen wurden durch Schrägstriche getrennt.
Eine Berechnung z. B. einer einarmigen Klammer und zusätzlich einer Inlayklammer ist nicht nebeneinander erstattungsfähig.

VG364
Heilmittelliste (Gültig für Tarif VIAplus-SU.)

Gültig ab 01.07.2007

Auch bei Heilmittelpreisen gilt die **Angemessenheit im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes**.

Wenn die Leistungserbringer (z. B. Masseure oder Krankengymnasten) für die einzelnen Leistungen Preise berechnen, die nicht höher sind als die Einzelpreise der nachfolgenden Tabelle, haben Sie nicht mit zusätzlichen Eigenbehalten zu rechnen. Preise bis zu diesen Beträgen sind also angemessen im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes.

Wir empfehlen dringend, dass Sie vor der Beauftragung (Terminvereinbarung) mit dem Leistungsanbieter über seine Preise sprechen und ihn auf die anzuerkennenden Rechnungsbeträge hinweisen.

Nur wenn Sie aktiv auf den Leistungsanbieter zugehen und ihm sagen, dass Ihr privater Krankenversicherer als angemessene Preise höchstens die unten genannten anerkennt, und dann nicht höher berechnet wird, gibt es diesbezüglich keine Probleme bei der Erstattung.

Bitte beachten Sie auch den Leistungsumfang für Heilmittel des von Ihnen versicherten Tarifes; wenn z. B. eine 90%ige Erstattung für Heilmittel vorgesehen ist, können wir Preise für eine Massage gemäß Position 18 bis zum Betrag von 13,80 Euro anerkennen – die Leistung aus dem Tarif beträgt in diesem Fall 12,42 Euro.

Selbstverständlich können Sie mit dem Leistungsanbieter für Heilmittel auch Preise über denen der nachfolgenden Liste vereinbaren. Vorsorglich weisen wir jedoch darauf hin, dass die über die genannten Preise hinausgehenden (Teil-)Beträge dann von Ihnen selbst zu tragen sind.

Der Leistungsanbieter hat auch eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht, weil ihm bekannt ist, dass auch für privat krankenversicherte Patienten Obergrenzen der anzuerkennenden Rechnungsbeträge gelten. Das Aushängen von Preislisten oder sonstige allgemeine Informationen genügt dieser Pflicht nicht.

Pos.	Leistungsinhalt	Anzuerkennender Rechnungsbetrag **bis zu** Euro
I. Inhalationen		
1.	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
2a	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
2b	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3a	Radon-Inhalation im Stollen	11,30
3b	Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4.	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neuro-physiologischer Grundlage, Atemtherapie) – als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
5.	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluß der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen (KG nach Bobath bzw. Vojta) – als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	23,10
6.	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen (KG nach Bobath bzw. Vojta) – als Einzelbehandlung – bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	34,30
7.	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen – je Teilnehmer	6,20
8.	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-4 Personen) bei zerebralen Dysfunktionen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	10,80
9a	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose – als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	34,30
9b	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	10,80
9c	Geräteunterstützte Krankengymnastik (KG an Seilzug und/oder Sequenztrainingsgeräten) je Sitzung – als parallele Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	35,00
10.	Bewegungsübungen	7,70
11a	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	23,60
11b	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), – einschl. der erforderlichen Nachruhe –, je Teilnehmer	11,80
12.	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen (Cyriax/Querfiktion), Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	22,50
13.	Chirogymnastik*) – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	14,40
14.	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Mindestbehandlungsdauer 120 Min., je Behandlungstag	81,90
15.	—	
16.	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	5,20
17.	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
18.	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen	13,80
19.	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
19a	Großbehandlung mind. 30 Min.	19,50
19b	Ganzbehandlung mind. 45 Min.	29,20
19c	Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
20.	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von min. 600 Litern und einer Aggregatleistung von min. 200 l/Min. sowie mit Druck- und Temperatur-Meßeinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21.	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30
22a	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
22a	1) bei Anwendung wiederverwertbarer Packungsmaterialien	11,80
22a	2) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Naturmoor/Fango), Teilpackung	20,50
22a	3) bei Anwendungeinmal verwendbarer natürlicher Peloide (Naturmoor/Fango), Großpackung	28,20
22b	Schwitzpackung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,90
22c	Kaltpackung (Teilpackung) 22c1) Anwendung von Lehm, Quark	7,70
22c	2) Anwendung einmal verwendbarer Peloide	15,40
22d	Heublumensack, Peloidkompresse	9,20
22e	Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
22f	Trockenpackung	3,10
23a	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
23b	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
23c	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24a	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30
24b	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	20,00
25a	Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20
25b	Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30
26.	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,00
27a	Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
27b	Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	39,90
28.	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
28a	Teilbad	28,70
28b	Vollbad	32,80
29.	Sole-Photo-Therapie-Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelblatt in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung – einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
30.	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
30a	Teilbad (Hand-Fußbad) mit Zusatz	6,70
30b	Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30
30c	Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	18,50
30d	Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31.	Gashaltige Bäder	
31a	Gashaltiges Bad	19,50
31b	Gashaltiges Bad mit Zusatz	22,50
31c	Kohlendioxidgasbad	21,00
31d	Radon-Bad	18,50
31e	Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,10
V. Kälte- und Wärmebehandlung		
32a	Eisanwendung, Kältebehandlung (Kryotherapie) (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
32b	Kaltgas, Kaltluft	6,70
33.	Eisteilbad	9,80
34.	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie		
35.	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	6,20
36.	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen	6,20
37.	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen	6,20
38.	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80

Pos.	Leistungsinhalt	Anzuerkennender Rechnungsbetrag **bis zu** Euro
39.	Iontophorese	6,20
40.	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41.	Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00
VII. Lichttherapie		
42.	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
42a	als Einzelbehandlung	3,10
42b	in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43a	Reizbehandlung eines umschriebenen Hauptbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
43b	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirkemit Ultraviolettlicht	5,20
44.	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45.	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie		
46a	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
46b	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
46c	Ausführlicher Bericht	11,80
47.	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
47a	Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	31,70
47b	Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	41,50
47c	Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	52,20
48.	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern	
48a	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	14,90
48b	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	17,40
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49.	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50.	Einzelbehandlung	
50a	bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	31,70
50b	bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	41,50
50c	bei psychischen Störungen,Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	54,80
51.	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	31,70
52.	Gruppenbehandlung	
52a	Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	14,40
52b	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Min.	28,70
X. Sonstiges		
53.	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
XI. Podologische Therapie**)**		
55.	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
56.	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
57.	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
58.	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
59.	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtrag ung und Nagelbearbeitung	26,10
60.	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung	14,50
61.	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
62.	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 61 abrechenbar), je Person	3,50

*) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mind. 160 Stunden mit Abschlußprüfung anerkannt werden.

**) nur bei der Diagnose „diabetisches Fußsyndrom“ erstattungsfähig

21005791

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VorsorgePlus
Teil I: Allgemeine Bestimmungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Vorsorgeuntersuchungen. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für die im Tarif genannten Vorsorgemaßnahmen

(2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antrag, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(3) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(4) 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.

(5) Nicht versicherungsfähig sind Profi-Sportler, die per Vertrag bei einem Verein angestellt sind und/oder mehr als 50% ihres Einkommens aus dieser Tätigkeit beziehen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit – auch einer versicherten Person – ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

§ 3 Wartezeiten

Die Wartezeit für Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen beträgt 8 Monate – gerechnet vom Versicherungsbeginn an.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten frei.

(2) Als Leistungen gelten die im Tarif genannten Vorsorgeuntersuchungen. Diese werden gemäß der Leistungsaussage in dem Umfang und in der Höhe zu den jeweils im Tarif aufgeführten Gebührenziffern und den maximalen Steigerungsfaktoren erstattet.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

(2) Es sind Rechnungsurschriften über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Belege der genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

(3) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

(4) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

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

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

§ 6 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7 Beitragszahlung

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

(2) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(3) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, daß sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu zahlen. Liegt das Datum des Versicherungsbeginns nach dem im Satz 1 genannten Fälligkeitszeitpunkt, wird der Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(5) Wird der Beitrag für 12 Monate im voraus gezahlt, so ermäßigt er sich um 3%, bei 6-monatiger Vorauszahlung um 2%.

(6) 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.

(7) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37, 38 i.V.m 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten in angemessener Höhe verpflichtet.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt 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.

§ 7a Beitragsberechnung

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.

Versicherte zahlen ab dem 1.1. des Jahres, in dem sie

- das 15. Lebensjahr vollenden, Tarifbeiträge der Altersgruppe 15-19 Jahre
- das 20. Lebensjahr vollenden, Tarifbeiträge der Altersgruppe 20-29 Jahre
- das 30. Lebensjahr vollenden, Tarifbeiträge der Altersgruppe 30-39 Jahre
- das 40. Lebensjahr vollenden, Tarifbeiträge der Altersgruppe 40-49 Jahre
- das 50. Lebensjahr vollenden, Tarifbeiträge der Altersgruppe ab 50 Jahre.

(2) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Art der Sachversicherung und richtet sich nach dem Geschlecht und erreichten Alter einer versicherten Person. Sie ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

§ 7b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeit. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs für die Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10% oder für die Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5%, 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) 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) Beitragsanpassung sowie Änderungen von Selbstbehalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 8 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer und die als Empfangsberichtigt benannte versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 – 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 11 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

(2) Der Vertrag wird für zwei Jahre fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat.

(3) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 16 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 12 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

§ 13 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

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

(4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 4 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. 4 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 15 Gerichtsstand

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

(2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 16 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Gültig ab 01.2008

21005785

VORSORGEPLUS
Für ambulante Vorsorgemaßnahmen
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif VorsorgePlus

Teil II: Kostentarif für ambulante Vorsorgemaßnahmen

Tarif/Klasse	VorsorgePlus
A. Leistungen des Versicherers	**80%** der erstattungsfähigen Kosten werden, gemäß umseitig aufgeführten ärztlichen Vorsorgeleistungen, bis zu einer Gesamtleistung von maximal 500 Euro pro Kalenderjahr erstattet.
B. Dynamik	Bei Erweiterungen des Leistungsspektrums der gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogramme gemäß Abschnitt A. kann eine nicht sinnvolle Mehrfachabsicherung entstehen. In diesem Fall können solche mehrfach abgesicherten Leistungen aus dem Vorsorgetarif herausgenommen und die Beiträge entsprechend angepasst oder anstelle der alten Leistungen neue aufgenommen werden. Bei Einschränkungen des Leistungsspektrums der gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogramme gemäß Abschnitt A. kann ein medizinisch sinnvoller Versicherungsbedarf entstehen. In diesem Fall können solche Leistungen in den Tarif aufgenommen und die Beiträge entsprechend erhöht werden sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Der Versicherer informiert die Versicherungsnehmer über die geänderten Leistungsinhalte.
C. Versicherungsfähigkeit	Nicht versicherungsfähig sind Profi-Sportler, die per Vertrag bei einem Verein angestellt sind und/oder mehr als 50% ihres Einkommens aus dieser Tätigkeit beziehen.
D. Wartezeiten	Die Wartezeit für Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen beträgt 8 Monate – gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Diese Wartezeit kann grundsätzlich nicht entfallen.
E. Mindestvertragsdauer	Die Mindestvertragsdauer im Tarif VorsorgePlus beträgt 2 Jahre, es sei denn die Versicherungsfähigkeit endet vor Ablauf von 2 Jahren.

Gültig in Verbindung mit AVB für Tarif VorsorgePlus, Teil I Allgemeine Bedingungen

Gültig ab 01.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif VorsorgePlus oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

stationäre Vorsorgeuntersuchungen

- für jegliche Art von stationär durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen besteht kein Versicherungsschutz

zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen

- kein Versicherungsschutz besteht für jegliche Art von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen im Ausland

- Kein Versicherungsschutz besteht für ambulant oder stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen im Ausland.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Zusammen mit dieser Unterlage erhalten Sie ein **Formular zur Vorlage beim Arzt**. Dieses „Leistungsverzeichnis“ sollten Sie Ihrem Arzt vor jeder Behandlung vorlegen und bestätigen lassen. Ihr behandelnder Arzt erhält somit Kenntnis über den Leistungsumfang Ihres Versicherungsschutzes und weiß, welche Leistungen er abrechnen kann.

  Bitte kreuzen Sie bzw. Ihr Arzt die durchgeführten Untersuchungen auf dem Formular an und reichen Sie dieses unterschrieben zusammen mit der entsprechenden Rechnung bei uns ein. Auf diese Weise ermöglichen Sie uns eine schnellere Bearbeitung Ihrer Rechnung. Mit der Abrechnung erhalten Sie dann jeweils ein neues Formular.
- Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen beantworten Ihnen die Gesundheitsexperten in unserem medi-Service unter der Telefonnummer: 0 180 1 – 44 55 66 (3,9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif). Hier erhalten Sie rund um die Uhr und jeden Tag der Woche kompetente Auskünfte zum Ortstarif.

Erstattungsfähige Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt A. des Tarifes VorsorgePlus

Leistung	Inhalt	GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
1. Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche			
Kinder-Intervall-Checks: – **U6a:** im 15. bis 18. Lebensmonat – **U7a:** im 30. bis 40. Lebensmonat – **U9a:** im 8. Lebensjahr	Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung	26 1403 1228	2,3 1,8 2,3
Kinder-Intervall-Checks: – **U9b:** im 10. Lebensjahr	Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung Blutzuckertest	26 1403 1228 3511	2,3 1,8 2,3 1,15
Jugendlichenvorsorge-Checks: – **J2:** im 14. bis 16. Lebensjahr	Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung Blutzuckertest	26 1403 1228 3511	2,3 1,8 2,3 1,15
Neugeborenen Audio-Check: (Früherkennung von Schwerhörigkeit)	Beratung Kinderaudiometrie	1 1406	2,3 1,8
Schiel-Vorsorge: (Früherkennung von Schwachsichtigkeit)	Beratung Augen-Untersuchung Perimetrie Farbsinnprüfung	1 6 1225 1228	2,3 2,3 2,3 2,3
2. Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft			
Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fetus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche	Beratung Sono Schwang Vors.	1 415	2,3 2,3
Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung	Beratung Sono Schwang Vors.	1 415	2,3 2,3
Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fetus	Beratung Blutentnahme Alpha-Fetoprotein HCG Östirol	1 250 3743 4024 4027	2,3 1,8 1,15 1,15 1,15
3. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs			
Hautkrebs-Vorsorge, einschließlich Dermatoskopie	Beratung Unters. 1 Organsyst. Dermatoskopie	1 7 750	2,3 2,3 2,3
Mammographie und Ultraschall-Untersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung	Beratung Sono Brust Sono weitere Organe Mammographie	1 418 420 2 x 5266	2,3 2,3 2,3 1,8
Endoskopische Untersuchung von Nase, Rachen und Kehlkopf zur Früherkennung bösartiger Erkrankungen bei Risikopatienten	Beratung HNO-Untersuchung Nasen-Endoskopie	1 6 1418	2,3 2,3 2,3
Krebsvorsorge für Männer (Früherkennung eines Prostata-Karzinoms mit PSA-Test)	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata Bestimmung des PSA	11 3908.H3	2,3 1,15

Leistung	Inhalt	GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
4. Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen			
Kleiner Gesundheits-Check	Früherkennung Ruhe-EKG	29 651	2,3 1,8
Großer Gesundheits-Check/Sport-Check	Früherkennung Lungenfunktion Fluß-Vol.-Kurve Ruhe- und Bel.-EKG Rö-Thorax 2 Eb Sono, 1 Organ Sono, weitere Organe Blutentnahme Leber-Nieren-Fettwerte grosses Blutbild Elektrolyte Blutzucker BSG	29 605 605a 652 5137 410 420 250 3563.H1 bis 3595.H1 3550-1 3555-8 3560 3501	2,3 1,8 1,8 2,3 1,8 2,3 2,3 1,8 Höchstbetrag 1,15 1,15 1,15 1,15 1,15
Lifestyle-Check	Beratung Untersuchung Ganzkörperstatus Blutentnahme HbA1 C Gesamt-Cholesterin HDL LDL Gesamt-Triglyceride Harnsäure Gamma-GT	1 8 250 3561 3562.H1 3563.H1 3564.H1 3565.H1 3583.H1 3592.H1	2,3 2,3 1,8 1,15 Höchstbetrag 1,15 1,15 1,15 1,15 1,15
Sono-Check (Ultraschall-Untersuchung der inneren Organe)	Beratung Sono, 1 Organ Sono, weitere Organe Duplex transcavitäre Untersuchung	1 410 420 401 403	2,3 2,3 2,3 1 1,8
Schlaganfall-Vorsorge	Beratung direktionaler Doppler	1 645	2,3 1,8
Lungen-Check (Lungenfunktionsprüfung)	Beratung Unters. 1 Organsyst. Lungenfunktion Fluß-Vol.-Kurve Rö-Thorax 2 Eb	1 7 605 605a 5137	2,3 2,3 1,8 1,8 1,8
Schilddrüsen-Vorsorge (Früherkennung insbesondere von Über- und Unterfunktionen)	Beratung Blutentnahme TSH	1 250 4030	2,3 1,8 1,15
Glaukom-Vorsorge (Früherkennung grüner Star)	Beratung Augen-Untersuchung Tonometrie Verlaufstonometrie	1 6 1262 1257	2,3 2,3 1,8 1,8
Osteoporose-Vorsorge (Knochendichtmessung)	Beratung Osteodensitometrie	1 5380	2,3 1,8
Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung, einschließlich Hauttyp-Bestimmung	eingehende Beratung	3	2,3
Hirnleistungs-Check (Früherkennung von Hirnabbauprozessen)	Beratung Testfragebögen	1 857	2,3 1,8

*) Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Behandlungswegweiser für Tarif „VorsorgePlus“

zur Vorlage beim Arzt

Versicherungsscheinnummer:	**Vorname und Name des Patienten**
	Geburtsdatum

Hinweise für den Versicherungsnehmer/die versicherte Person

Bitte legen Sie dieses Formular vor jeder Behandlung Ihrem Arzt vor. Hiermit erhält Ihr Arzt eine Übersicht über den Umfang der erstattungsfähigen Leistungen je Vorsorgeuntersuchung. Lassen Sie von Ihrem Arzt die durchgeführten Untersuchungen gemäß dem Formular bestätigen.

Zur Leistungserstattung reichen Sie bitte dieses Formular stets zusammen mit der Rechnung Ihres Arztes ein.

Leistungen, die über die in diesem Formular genannten Ziffern hinausgehen sind im Tarif Vorsorge-Plus nicht enthalten.

Bei den angegebenen Altern und Zeitrythmen zur Inanspruchnahme je Vorsorgeuntersuchung handelt es sich um unsere Empfehlung. Hieran müssen Sie sich nicht halten – die Wahl der Zeitpunkte und Rythmen steht Ihnen frei.

Mit der Abrechnung erhalten Sie automatisch von uns ein neues Formular für die nächste Untersuchung. Weitere Vordrucke finden Sie auch im Internet.

Klicken Sie in unserer Homepage www.AXA.de auf „MyAXA“.

Hinweis für den behandelnden Arzt

Die im nachfolgenden aufgeführten GOÄ-Ziffern je Vorsorgeuntersuchung entsprechen dem Versicherungsschutz unseres Kunden/Ihres Patienten.

Darüber hinausgehende Leistungen können aus diesem Tarif nicht berücksichtigt werden.

Bitte vermerken Sie die durchgeführten Untersuchungen und bestätigen Sie diese durch Unterschrift auf diesem Formular gegenüber Ihrem Patienten. Das Formular stellt keinen Ersatz für eine ordnungsgemäße Rechnung dar.

Hiermit bestätigen wir, die markierten Leistungen im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung erhalten/durchgeführt zu haben.

Ort, Datum	Name und Anschrift des behandelnden Arztes (Arztstempel) zusätzlich Unterschrift
Unterschrift Patient	

Durchgeführte Untersuchung	AXA interne Ziffer	Leistung	Inhalt	GOÄ Ziffer-faktor	max. Steigerung	Unsere Empfehlung
Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche						
○	vz001	**Kinder-Intervall-Check** **U6a** im 15. bis 18. Lebensmonat	kompl. Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung	26 1403 1228	2,3 1,8 2,3	Max. 1 x im angegebenen Alter
○	vz002	**Kinder-Intervall-Check** **U7a** im 30. bis 40. Lebensmonat	kompl. Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung	26 1403 1228	2,3 1,8 2,3	Max. 1 x im angegebenen Alter
○	vz003	**Kinder-Intervall-Check** **U9a** im 8. Lebensjahr	kompl. Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung	26 1403 1228	2,3 1,8 2,3	Max. 1 x im angegebenen Alter
○	vz004	**Kinder-Intervall-Check** **U9b** im 10. Lebensjahr	kompl. Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung z. B. Blutzuckertest	26 1403 1228 3511	2,3 1,8 2,3 1,15	Max. 1 x im angegebenen Alter
○	vz005	**Jugendlichenvorsorge-Check** **J 2** im 14. bis 16. Lebensjahr	kompl. Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung z. B. Blutzuckertest	26 1403 1228 3511	2,3 1,8 2,3 1,15	Max. 1 x im angegebenen Alter
○	vz006	**Neugeborenen Audio-Check** (Früherkennung von Schwerhörigkeit)	Beratung Kinderaudiometrie	1 1406	2,3 1,8	1 x innerhalb der ersten 3 Lebensmonate
○	vz007	**Schiel-Vorsorge** (Früherkennung von Schwachsichtigkeit	Beratung Augenuntersuchung Periemetrie Farbsinnprüfung	1 6 1225 1228	2,3 2,3 2,3 2,3	Max. 1 x innerhalb angegebenem Alter

Durch-geführte Unter-suchung	AXA interne Ziffer	Leistung	Inhalt	GOÄ Ziffer-faktor	max. Steigerung	Unsere Empfehlung
Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft						
○	vz101	**Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fetus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche**	Beratung Sono Schwang. Vors.	1 415	2,3 2,3	1 x pro Schwangerschaft
○	vz102	**Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung**	Beratung Sono Schwang. Vors.	1 415	2,3 2,3	1 x pro Schwangerschaft
○	vz103	**Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fetus**	Beratung Blutentnahme Alpha-Fetoprotein HCG Östirol	1 250 3743 4024 4027	2,3 1,8 1,15 1,15 1,15	1 x pro Schwangerschaft
Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs						
○	vz201	**Hautkrebs-Vorsorge einschließlich Dermatoskopie**	Beratung Unters. 1 Organsystem Dermatoskopie	1 7 750	2,3 2,3 2,3	ab Alter 18 alle 3 Jahre
○	vz202	**Mammographie und Ultraschallunter-suchung zur Brustkrebs-Früherkennung**	Beratung Sono Brust Sono weitere Org. Mammographie	1 418 420 2 x 5266	2,3 2,3 2,3 1,8	ab Alter 40 alle 2 Jahre
○	vz203	**Endoskopische Untersuchung von Nase, Rachen und Kehlkopf zur Früherkennung bösartiger Erkrankungen bei Risikopatienten**	Beratung HNO-Untersuchung Nasen-Endoskopie	1 6 1418	2,3 2,3 2,3	ab Alter 40 alle 4 Jahre
○	vz204	**Krebsvorsorge für Männer (Früherkennung eines Prostata-Karzinoms mit PSA-Test)**	Digitaluntersuchung des Mast-darms und/oder der Prostata Bestimmung des PSA	11 3908.H3	2,3 1,15	ab Alter 45 alle 4 Jahre
Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen						
○	vz301	**Kleiner Gesundheits-Check**	Früherkennung Ruhe-EKG	29 651	2,3 1,8	ab Alter 35 alle 2 Jahre
○	vz302	**Großer Gesundheits-Check/Sport-Check**	Früherkennung Lungenfunktion Fluß-Vol.-Kurve Ruhe- und Bel.-EKG Rö-Thorax 2 Eb Sono 1 Organ Sono weitere Org. Blutentnahme Leber-Nieren-Fettwerte gr. Blutbild Elektrolyte Blutzucker BSG	29 605 605a 652 5137 410 420 250 3563.H1- 3595.H1- 3550-1 3555-8 3560 3501	2,3 1,8 1,8 2,3 1,8 2,3 2,3 1,8 Höchstbetrag 1,15 1,15 1,15 1,15	ab Alter 35 alle 4 Jahre
○	vz303	**Lifestyle-Check**	Beratung Untersuch. Ganzkörperst. Blutentnahme HbA1 C Gesamt-Cholesterin HDL LDL Gesamt-Triglyceride Harnsäure Gamma-GT	1 8 250 3561 3562.H1 3563.H1 3564.H1 3565.H1 3583.H1 3592.H1	2,3 2,3 1,8 1,15 Höchstbetrag 1,15 1,15 1,15 1,15 1,15	ab Alter 35 alle 4 Jahre
○	vz304	**Sono-Check** (Ultraschall-Untersuchung der inneren Organe)	Beratung Sono 1 Organ Sono weitere Organe Duplex transcavitäre Unters.	1 410 420 401 403	2,3 2,3 2,3 1 1,8	ab Alter 35 alle 2 Jahre
○	vz305	**Schlaganfall-Vorsorge**	Beratung direktionaler Doppler	1 645	2,3 1,8	ab Alter 55 alle 3 Jahre

Durch-geführte Unter-suchung	AXA interne Ziffer	Leistung	Inhalt	GOÄ Ziffer-faktor	max. Steigerung	Unsere Empfehlung
○	vz306	**Lungen-Check** (Lungenfunktionsprüfung)	Beratung Unters. 1 Organsyst. Lungenfunktion Fluß-Vol.-Kurve Rö-Thorax 2 Ebenen	1 7 605 605a 5137	2,3 2,3 1,8 1,8 1,8	ab Alter 35 alle 4 Jahre
○	vz307	**Schilddrüsen-Vorsorge** (Früherkennung insbesondere von Über- und Unterfunktionen)	Beratung Blutentnahme TSH	1 250 4030	2,3 1,8 1,15	ab Alter 45 alle 3 Jahre
○	vz308	**Glaukom-Vorsorge** (Früherkennung Grüner Star)	Beratung Augen-Untersuchung Tonometrie Verlaufstonometrie	1 6 1262 1257	2,3 2,3 1,8 1,8	ab Alter 35 alle 3 Jahre
○	vz309	**Osteoporose-Vorsorge** (Knochendichtmessung)	Beratung Osteodensitometrie	1 5380	2,3 1,8	ab Alter 45 alle 3 Jahre
○	vz310	**Sonnenlicht- und Hauttypberatung** einschl. Hauttyp-Bestimmung	eingehende Beratung	3	2,3	1 x während der Vertragslaufzeit
○	vz311	**Hirnleistungs-Check** (Früherkennung von Hirnabbauprozessen)	Beratung Testfragebögen	1 857	2,3 1,8	ab Alter 55 alle 3 Jahre

VG358
Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif DENT

Stand: 12.2008

Ihr Versicherungsschutz

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert sind und für die keine anderen privaten Versicherungen mit Leistungsanspruch für Zahnersatz bestehen.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten Versicherungsschutz für die Versorgung der versicherten Person mit Zahnersatz.

(2) Versicherungsschutz besteht für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. dessen Erneuerung oder Reparatur, soweit dies erstmals nach Vertragsschluss angeraten wird (Versicherungsfall). Kein Versicherungsschutz besteht für die erstmalige Versorgung mit Zahnersatz für Zähne, die bei Vertragsschluss fehlten und nicht ersetzt waren.

(3) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, zusätzlichen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Ihr Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung (Vertragsschluss). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

§ 3 Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

§ 4 Informationen zum Leistungsumfang

(1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz oder dessen Reparatur, vorausgesetzt, es besteht für diese Maßnahmen ein von der Gesetzlichen Krankenversicherung anerkannter Anspruch auf einen Festzuschuss nach § 55 SGB V.

(2) Wir zahlen im Versicherungsfall den gleichen Betrag, der von der Gesetzlichen Krankenversicherung als Festzuschuss für diesen Zahnersatz erstattet wird. Nach Anrechnung des von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Betrags sowie von Erstattungen anderer Kostenträger wird jedoch maximal die verbleibende Differenz zu den tatsächlichen Kosten des unter den Versicherungsschutz fallenden Zahnersatzes gezahlt.

(3) Innerhalb der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn in diesem Tarif bestehen folgende Leistungsbegrenzungen:

1. – 12. Monat insgesamt höchstens 300 EUR

1. – 24. Monat insgesamt höchstens 600 EUR

1. – 36. Monat insgesamt höchstens 900 EUR

1. – 48. Monat insgesamt höchstens 1.200 EUR.

Ab dem 49. Monat und bei Unfällen entfällt die Begrenzung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Wir leisten nicht für von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Zur Prüfung Ihres Erstattungsanspruches benötigen wir einen Nachweis über die bei der versicherten Person erbrachten Leistungen unter Angabe der betroffenen Zähne bzw. Bereiche und Behandlungsdaten (z.B. Zahnarztrechnung) sowie einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung und etwaiger Erstattungen Dritter. Nach Prüfung zahlen wir die tarifliche Leistung aus. Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.

(3) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Wird das Versicherungsverhältnis zum Ende des zweiten Versicherungsjahres nicht gekündigt, verlängert es sich stillschweigend.

(2) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(3) Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und mahnen wir Sie in Textform, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(4) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht 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.

§ 8a Beitragsberechnung

Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für Personen, die das 20., 40., 60. bzw. 80. Lebensjahr vollenden, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der ihrem Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Unsere Versicherungsleistungen können sich durch steigende Behandlungskosten oder eine häufigere Inanspruchnahme oder steigende Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt eine dieser Gegenüberstellungen für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5% müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

(2) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.

(3) Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können auch betragsmäßig festgelegte Höchsterstattungsbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angehoben werden.

§ 9 Mitwirkungspflichten

(1) Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Ihres Erstattungsanspruches dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

(2) Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Zahnarzt untersuchen zu lassen.

(3) Als Versicherungsnehmer sind Sie verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Wenn Sie oder eine andere versicherte Person die in § 9 Abs. 1 und 2 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.

§ 11 Aufrechnung

Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, ohne Einhaltung einer Frist schriftlich kündigen.

(2) Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die jeweils versicherte Person, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von dem Wegfall Kenntnis erlangt.

(2) Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis

Ihre Willenserklärungen und Mitteilungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir schriftlich (Brief, Fax).

§ 16 Verjährung, Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.

(2) Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(3) Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(4) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 17 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens sind wir berechtigt, die Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzung 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 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.

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz

Was ist im Leistungsfall von Ihnen zu beachten?

Damit wir Ihnen schnellstmöglich die tarifliche Leistung erstatten können, reichen Sie uns bitte nach Abschluss der Behandlung folgende Unterlagen ein:

- Rechnung und Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes mit Bewilligungsvermerk Ihrer Krankenkasse zum Festzuschuss
- mit Angaben zur behandelten Person (Vor- und Zunamen, Geburtsdatum)
- mit Gesamtrechnungsbetrag
- mit Behandlungsdaten (Behandlungsdauer)
- mit Angaben zu den behandelten Zähnen und durchgeführten Leistungen.

Wir empfehlen Ihnen, die Rechnung immer zusammen mit dem genehmigten Heil- und Kostenplan einzureichen. Eine vorherige Kostenzusage müssen Sie von uns nicht einholen.

Wofür besteht kein Versicherungsschutz?

Zahnersatzmaßnahmen für Zähne,

- die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fehlten und nicht ersetzt waren bzw.
- für die vor Vertragsschluss eine Versorgung mit Zahnersatz angeraten oder begonnen wurde, sind nicht Gegenstand der Versicherung nach Tarif DENT.

VG351
Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif FUTURA

Stand: 01.2008

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten ein Optionsrecht zum Wechsel in eine Krankheitskostenvoll-, Kurkosten-, Krankentagegeld- und Private Pflegepflichtversicherung sowie im Versicherungsfall Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle, andere im Vertrag genannte Ereignisse und Dienstleistungen.

(2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Hierzu zählen auch Untersuchungen und Behandlungen wegen einer Schwangerschaft sowie die Entbindung. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungen nicht mehr erforderlich sind.

(3) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus bieten wir Ihnen Versicherungsschutz für Auslandsreisen, soweit deren ununterbrochene Dauer jeweils 62 Tage nicht übersteigt. Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung auf länger dauernde Auslandsaufenthalte ausgeweitet werden. Im Rahmen dieser Vereinbarung kann der Versicherer einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

§ 1a Versicherbare Personen, Höchstversicherungsdauer

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die

a) ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben und

b) versicherungspflichtiges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind bzw. einen Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besitzen.

(2) Die Versicherung kann höchstens für die Dauer von 36 Monaten abgeschlossen werden. Sie endet mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer oder Wegfall der Versicherungsfähigkeit, spätestens jedoch mit Ablauf des 6. Kalendermonats, der auf den Monat folgt, in dem die jeweils versicherte Person

a) nicht mehr der Krankenversicherungspflicht unterlag

oder

b) für sie der Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V erlosch.

Kann eine versicherte Person nach Ablauf der Höchstversicherungsdauer nur deshalb nicht in die vom Optionsrecht umfassten Tarife wechseln, weil ihre Pflichtversicherung in der GKV oder der Anspruch auf Familienversicherung fortbesteht, wird die Versicherung auf Ihren Antrag hin mit neuem Eintrittsalter zu den dann geltenden Bedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung fortgeführt.

§ 1b Optionsrecht

(1) Inhalt Ihres Optionsrechts

Bei Wegfall der Versicherungspflicht in der GKV oder des Anspruchs auf Familienversicherung können Sie den Vertrag in alle für den Neuzugang geöffneten Tarife der Krankheitskostenversicherung, Krankentagegeldversicherung und privaten Pflegepflichtversicherung umstellen, soweit für den jeweiligen Tarif Versicherungsfähigkeit vorliegt.

Ihren Antrag auf Umstellung werden wir ohne Gesundheitsprüfung annehmen, wenn sich der von Ihnen gewünschte Versicherungsschutz unmittelbar an das Ausscheiden aus der GKV anschließt und der von Ihnen beantragte Versicherungsbeginn in den vom Optionsrecht umfassten Tarifen höchstens 6 Monate nach Beendigung der Versicherungspflicht in der GKV oder des Anspruchs auf Familienversicherung liegt.

In dem Tarif, in den umgestellt wird, sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

Unabhängig vom Wegfall der Versicherungspflicht in der GKV oder des Anspruchs auf Familienversicherung können Sie den Vertrag jederzeit in eine Zusatzversicherung für GKV-Mitglieder mit gleichartigem Versicherungsschutz umstellen. Auch in diesem Fall erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung und es sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

Sind die Leistungen in dem von Ihnen gewählten Tarif höher oder umfassender, können wir insoweit eine Gesundheitsprüfung und die Erfüllung der tariflichen Wartezeiten verlangen.

(2) Umfang Ihres Optionsrechts

Ihre Versicherung können Sie umstellen in:

a) eine Krankheitskostenversicherung für
ambulante Heilbehandlung,
stationäre Heilbehandlung,
Kurbehandlung,
Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Sieht der Tarif Leistungsbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren vor, gilt als Versicherungsbeginn der Umstellungszeitpunkt.

b) eine Krankentagegeldversicherung
für Selbständige ab dem 22. Tag,
für Angestellte ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,
wenn gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung beantragt wird.

Das versicherbare Krankentagegeld ist begrenzt auf das aus der beruflichen Tätigkeit resultierende Nettoeinkommen.

c) Private Pflegepflichtversicherung nach § 23 SGB XI

Ununterbrochene Vorversicherungszeiten in der sozialen Pflegepflichtversicherung nach § 1 SGB XI werden auf die in der privaten Pflegepflichtversicherung nach § 110 Abs. 3 SGB XI zu erfüllenden Wartezeiten angerechnet.

(3) Besondere Vereinbarungen gelten auch nach der Umstellung weiter.

Für die Beitragseinstufung gilt das zum Zeitpunkt der Umstellung erreichte tarifliche Eintrittsalter.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist das Zustandekommen des Vertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Neugeborene versichern wir ohne Wartezeiten und Risikozuschläge ab dem Tage der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens drei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der eines bei uns versicherten Elternteils.

(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 kann ein Risikozuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe vereinbart werden.

§ 3 Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung jeglicher Wartezeiten.

§ 4 Informationen zum Leistungsumfang

(1) Stationäre Heilbehandlung:

Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung (einschließlich Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung) erstatten wir Aufwendungen für

a) den Zuschlag für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (Wahlleistung) sowie Komfortleistungen (d.h. die Bereitstellung von Fernseher, Telefon, Fax und Internetzugang);

b) die Kosten für die Inanspruchnahme der Wahlleistung Privatarzt, soweit innerhalb der Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung abgerechnet wird. In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen übernehmen wir nach vorheriger Zusage auch Honorare über dem Höchstsatz;

c) die Mehrkosten, die dem Versicherten vom Träger der gesetzlichen Krankenversicherung auferlegt werden, weil er ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus wählt;

d) medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus;

e) den nach § 39 (4) SGB V bei Krankenhausaufenthalten zu tragenden Eigenanteil;

(2) Ausgleichs-Krankenhaustagegeld:

Verzichten Sie auf die Unterbringung im Zweibettzimmer sowie Komfortleistungen, erhalten Sie als Ausgleich ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10,00 EUR. Verzichten Sie auf die Wahlleistung Privatarzt erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld von 15,00 EUR.

(3) Auslandsreisen:

Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (vgl. § 1 (2)) erstatten wir Aufwendungen für

a) Leistungen der Ärzte;

b) Arznei- und Verbandmittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden;

c) ärztlich verordnete physikalisch-medizinische Behandlungen;

d) medizinisch notwendige Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausführung;

e) stationäre Heilbehandlung;

f) den notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Arzt;

g) schmerzstillende Zahnbehandlungen, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen;

h) wenn Gefahr für Leib oder Leben besteht und im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist, Kosten, die durch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport an den vor Beginn der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehen.

Die Kosten für eine Begleitperson übernehmen wir, wenn für sie zum Zeitpunkt des Rücktransportes bei uns ebenfalls Versicherungsschutz besteht;

i) Überführungskosten: Beim Tod einer versicherten Person während der Reise übernehmen wir die entstehenden unmittelbaren Kosten einer Überführung des Leichnams an den ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz bis zu 10.000 EUR;

j) Bestattungskosten: Wenn keine Überführung erfolgt, übernehmen wir die Kosten einer Bestattung im Reiseland bis zur Höhe der Kosten einer Überführung, höchstens jedoch 5.000 EUR.

Darüber hinaus bieten wir Ihnen einen 24-Stunden-Notrufservice, mit dem Sie Fragen zum Leistungsumfang vor, während und nach der Reise abklären können. Im Falle eines Rücktransports empfehlen wir, sich wegen der Kostenübernahme mit dem Notrufservice in Verbindung zu setzen.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung können Sie unter den öffentlichen und zugelassenen privaten Krankenhäusern wählen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, haben Sie nur dann einen Leistungsanspruch, wenn wir dies vor Beginn der Behandlung zugesagt haben.

(6) Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungsund Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wenden Heilbehandler andere Methoden an oder verordnen andere Arzneimittel, dann leisten wir auch dafür, wenn sich diese Methoden oder Arzneimittel nach statistischen Methoden als erfolgversprechend erwiesen haben. Bei unheilbaren Krankheiten zahlen wir auch für solche, die auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Ziel wahrscheinlich macht.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Wir leisten nicht für:

a) Krankheiten, Krankheitsfolgen und Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;

b) auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfällen einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach Ihrer Benachrichtigung über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, endet unsere Leistungspflicht nach Ablauf von 3 Monaten ab Ihrer Unterrichtung;

d) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

e) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden von uns erstattet;

f) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

g) während eines Auslandsaufenthaltes erfolgende Untersuchung und Behandlung von Schwangerschaft und Entbindung sowie Vorsorgeuntersuchungen; die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und Fehlgeburten unterliegen jedoch der Leistungspflicht;

h) Heilbehandlungen im Ausland, von denen bei Antritt der Reise feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise während des Auslandsaufenthaltes stattfinden mussten, es sei denn, die Auslandsreise erfolgte ausschließlich wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person;

i) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung während eines Auslandsaufenthaltes.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so setzen wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herab. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Leistungen der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, sowie Ansprüche auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unseren Leistungen vor. Wir sind daher nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser Vorleistung verbleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Benennen Sie uns eine versicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Bei Auslandsrechnungen benötigen wir Originalrechnungen, die den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der versicherten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und erbrachten Leistungen spezifiziert sind. Bei Anspruch auf Krankenhaustagegeld benötigen wir eine Bescheinigung des Krankenhauses, aus der Vor- und Zuname der versicherten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie Beginn und Ende der stationären Behandlung ersichtlich sind. Einen Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten weisen Sie durch die entsprechenden Kostenbelege, die amtliche Sterbeurkunde und eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache nach.

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.

(3) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer des ersten Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr), jedoch längstens bis zur Höchstdauer von 36 Monaten.

(2) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Beginnt die Versicherung erst nach Ablauf dieser Frist, ist der erste Beitrag zum Versicherungsbeginn fällig.

(3) Wenn Sie den ersten Beitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir, solange Sie die Zahlung nicht nachgeholt haben, von dem Vertrag zurücktreten. Darüber hinaus sind wir leistungsfrei, wenn der Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt ist, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(4) Wenn Sie einen Folgebeitrag trotz schriftlicher Mahnung mit Fristsetzung schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, entfällt Ihr Versicherungsschutz mit Ablauf der gesetzten Frist.

(5) Die Beiträge sind bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu zahlen. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt oder Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, stehen uns die Beiträge bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag nicht gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 8 a Beitragsberechnung

Die Beiträge für den Neuzugang ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

§ 8 b Beitragsanpassung

Für die Dauer der Versicherung verzichten wir auf das Recht zur Anpassung der Beiträge.

§ 9 Mitwirkungspflichten

(1) Ein planbarer Krankenhausaufenthalt ist uns rechtzeitig vor Behandlungsbeginn anzuzeigen. Planbar sind alle Aufenthalte, die nicht aufgrund eines Unfalls oder einer sonstigen akuten Behandlungsnotwendigkeit angetreten werden.

(2) Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere versicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.

(3) Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Sie sind verpflichtet uns das Ende der Versicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung für jede versicherte Person unverzüglich schriftlich anzuzeigen und soweit wir dies verlangen, nachzuweisen.

§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Wenn Sie oder eine andere mitversicherte Person eine der in § 9 Abs.2 und 3 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.

§ 11 Aufrechnung

Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich kündigen.

(2) Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Im Falle einer Anfechtung oder eines Rücktritts heben wir den gesamten Vertrag zum Ende des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, auf. Bei einer Kündigung erfolgt die Aufhebung zu dem Zeitpunkt, in dem die Kündigung wirksam wird.

(3) Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

Wir verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dessen Tod schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

(2) Darüber hinaus endet die Versicherung für die jeweils versicherte Person mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach § 1 a.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis

Ihre Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form.

§ 16 Verjährung

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.

§ 17 Gerichtsstand

(1) Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie in Deutschland Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(3) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

21005593
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif KGU

Gültig ab 01.2008

Teil I: Allgemeine Bestimmungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Unfälle. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) abhängig machen, insbesondere wenn das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht ist.

(3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

(4) Muss die Heilbehandlung auf eine Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammen hängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

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

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Deutschland.

(7) 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.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an. Die Wartezeit beträgt einen Monat.

(2) Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.

(2) Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Hebammen aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind.

Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind.

(3) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich oder telefonisch zugesagt hat.

(4) Der Versicherer leistet im vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder, die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.

(5) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Unfälle einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich im Versicherungsschutz anerkannt sind;

b) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

c) für Behandlungen 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 zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

(2) Nachweise:

Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.

Die Belege der in den Bedingungen genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

(3) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.3. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

(4) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird von 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)

a) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.

b) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der zu diesem Zeitpunkt gültige Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann erreicht hat. Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(3) Der erste Beitrag, bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(4) Liegt das Datum des Versicherungsbeginns nach dem in Absatz 3 genannten Fälligkeitszeitpunkt, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

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

(6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. 194 Abs. 2 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.

(7) Die Mahnkosten betragen 1,53 Euro pro rückständige Beitragsrate.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund § 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.

§ 9 Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Art der Sachversicherung und richtet sich nach dem Geschlecht und dem erreichten Alter einer versicherten Person. Sie ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend dem nachgewiesenen Bedarf ändern.

(3) 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.

§ 10 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes für die Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10% oder für die Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5%, 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 dem nachgewiesenen Bedarf 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 Selbstbehalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 11 Obliegenheiten

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

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt genannte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

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

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 – 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

§ 13 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von den 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.

§ 14 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 15 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigt.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(3) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

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

(5) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter 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.

(6) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 20 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

§ 16 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

§ 17 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Darüber hinaus endet der Versicherungsvertrag mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.

(3) Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 15 Abs. 8 gilt entsprechend.

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

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als in § 1 Abs. 7 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. 7 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 18 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 19 Gerichtsstand

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

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

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

§ 20 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

(3) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

(4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 2 gilt entsprechend.

21005576

KGU – Für stationäre Krankenhausbehandlung bei Unfall
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil II: Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung in Deutschland bei Unfall

Tarif/Klasse	KGU
A. Leistungen des Versicherers	1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für die unmittelbaren Folgen eines **Unfalles**, soweit eine Krankenhausbehandlung **in Deutschland** medizinisch notwendig wird. Eine Leistung der Grundversicherung ist Voraussetzung für die Kostenerstattung nach Tarif KGU. Als Grundversicherung gelten dabei sowohl eine deutsche gesetzliche Kranken- bzw. gesetzliche Unfallversicherung, und eine private Krankheitskostenvollversicherung oder -restkostenversicherung. Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der Grundversicherung verbleibenden – Kosten für gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer – Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarzt- und Belegarztbehandlung) – Kosten eines medizinisch notwendigen Transports innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus – Kosten der täglichen Zuzahlung nach § 39 (4) SGBV (nur bei gesetzlich Versicherten) – Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, falls der Versicherte ein anderes als in der Einweisung genanntes Vertragskrankenhaus gemäß § 108 SGBV wählt (nur bei gesetzlich Versicherten). Die Leistungspflicht für Folgebehandlungen des Unfallereignisses endet nach Ablauf von 24 Monaten. 2. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsstörung erleidet. Als Unfälle gelten auch Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Satzes in den Körper gelangt ist. Als Unfälle gelten nicht: Berufs- und Gewerbekrankheiten; Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung; Folgen von Selbsttötungsversuchen, Vergiftungen infolge Einführung fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund; Zeckenbisse; Mückenstiche; Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankeiten; Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maserstrahlen und durch künstlich erzeugte ultra-violette Strahlen; Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse. 3. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle und deren Folgen, die ursächlich durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auf Trunkenheit oder auf der Einnahme von Rauschmitteln beruhen. Ebenso besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle und deren Folgen, die durch Schlaganfälle und Herzinfarkte, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, hervorgerufen wurden. 4. Kein Versicherungsschutz besteht zudem für Unfälle und deren Folgen, die bei Ausübung von Extremsportarten eingetreten sind. Extremsportarten, die unter diesen Leistungsausschluss fallen sind zum Beispiel: Bungeejumping, Drachenfliegen, Motorsport, Skin-Diving (tauchen ohne Geräte), B.A.S.E jumping, House Running, Free Climbing, Hydrospeed, Scad-Diving, Sky-Surving, Canyoning, Rafting, Fallschirmspringen, Boxen und andere Kampfsportarten.
Wartezeiten	Die Wartezeit beträgt einen Monat vom Versicherungsbeginn an gerechnet.
Leistungsausschluss	Keine Leistungspflicht besteht im Tarif KGU für Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen. Ebenfalls besteht keine Leistungspflicht für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Tarifes KGU eingetreten sind, und die dem Versicherer bei Vertragsabschluss nicht angezeigt wurden.
Obliegenheiten	Jeder Unfall ist binnen 10 Tagen ab Unfallereignis anzuzeigen. Die Frist beginnt mit dem Tage, der auf das Unfallereignis folgt.
B. Ersatzleistung/Eigenbeteiligung:	(1) Nehmen Versicherte des Tarifes KGU versicherte Leistungen nicht in Anspruch, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt. Im einzelnen gilt: **Verzicht** auf gesondert berechnete **ärztliche Behandlung**: Ersatzleistung KHT: 34,– Euro pro Tag **Verzicht** auf gesondert berechnete **Unterbringung**: Ersatzleistung KHT: 24,– Euro pro Tag (2) **Beansprucht** ein Versicherter dagegen die gesondert berechnete Unterbringung im **Einbettzimmer**, so hat er einen täglichen Eigenanteil von 40,– Euro zu tragen.
C. Zusatzleistung für eine Begleitperson bei Kindern	Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft einer das Kind begleitenden Bezugsperson entstehen. Voraussetzungen: 1. Das Kind hat sein 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Bezugsperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. 3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BPflV abgegolten. Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.
D. Höchstaufnahmealter	Aufnahmefähig im Tarif KGU sind Personen, die das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
E. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. **Nicht versicherungsfähig** sind Profi-Sportler, die per Vertrag bei einem Verein angestellt sind und/oder mehr als 50% ihres Einkommens aus dieser Tätigkeit beziehen.
F. Ende der Versicherung nach Tarif KGU	Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit für eine versicherte Person endet die Versicherung nach Tarif KGU für diese Person mit Ablauf des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit für diese Person wegfällt.
G. Mindestvertragsdauer	Die Mindestvertragsdauer im Tarif KGU beträgt 2 Jahre, es sei denn die Versicherungsfähigkeit endet früher.

H. Fortführung der Versicherung nach Tarif KG2 (Option)	Mit Vollendung des 40. Lebensjahres wird die Versicherung im Tarif KG 2 oder – sofern Versicherungsfähigkeit besteht – im Tarif KGH 2 fortgeführt. Die Umstellung erfolgt zum 01. des Monats, der der Vollendung des 40. Lebensjahres folgt. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten für sich und jede mitversicherte Person zu Beginn des 6. Versicherungsjahres die Versicherung nach Tarif KGU in eine Versicherung nach Tarif KG 2 bzw. KGH 2 umzustellen. Der Umstellungsantrag muss spätestens bis zum 31.12. des 5. Versicherungsjahres beim Versicherer eingegangen sein. Die Umstellung erfolgt dann zum 01.01. des Folgejahres zu dem Beitrag des dann geltenden Eintrittsalters zuzüglich eventueller versicherungsmedizinischer Zuschläge, die sich aus den nachfolgend beschriebenen Regelungen ergeben. Sofern vereinbart, behält sich der Versicherer vor bei Umstellung des Tarifes KGU in die Tarife KG 2 oder KGH 2 Erschwerungen in Form von versicherungsmedizinischen Zuschlägen, Leistungsausschlüssen oder Leistungseinschränkungen zu erheben. Die Berechnung von versicherungsmedizinischen Zuschlägen und die Festsetzung etwaiger Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen erfolgen auf der Grundlage des Gesundheitszustandes bei Abschluss der Versicherung nach Tarif KGU. Zwischenzeitlich eingetretene Erkrankungen bleiben hierbei außer Betracht.

Gültig in Verbindung mit AVB für Tarif KG-Unfall, Teil I Allgemeine Bestimmungen

Gültig ab 01.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif KGU oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

ambulante Behandlung und ambulante Zahnbehandlung

- für jegliche Art von ambulanter Behandlung und Zahnbehandlung und Zahnersatz – auch unfallbedingt – besteht kein Versicherungschutz nach Tarif KGU.

stationäre Behandlung, zum Beispiel

- für Stationäre Behandlung, die nicht aufgrund eines Unfalls durchgeführt wird sowie für stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen („großer Check-up“) besteht kein Versicherungschutz nach Tarif KGU.
- Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, etc. können nicht übernommen werden.
- Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen sind – auch wenn Sie ursächlich mit einem Unfall in Zusammenhang stehen – nicht mitversichert. Bitte wenden Sie sich hierfür rechtzeitig an den zuständigen Rentenversicherungsträger.
- Bitte beachten Sie die Punkte A. 3. und A. 4. dieses Tarifes: Kein Versicherungsschutz besteht bei Extremsportarten sowie bei rauschmittelbedingten Unfällen.
- Kein Versicherungschutz besteht bei Krankenhausbehandlung im Ausland. Wir empfehlen gesetzlich versicherten Personen dringend den Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung, z. B. den Tarif ARD bei AXA Krankenversicherung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Bitte rufen Sie vor Beginn der stationären Behandlung unsere 24-Stunden-Hotline an: 0 180 3 – 55 66 22 (9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif). Wir klären dann die direkte Kostenabwicklung mit dem Krankenhaus, damit Sie nicht in Vorleistung treten müssen.
- Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen („Gemischte Anstalten“), benötigen Sie vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage. Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort liegt.
- Die tägliche Selbstbeteiligung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse von derzeit 10,– Euro erstatten wir Ihnen gerne gegen entsprechende Nachweise.
- Bietet das Krankenhaus keine Möglichkeit der Unterbringung im Zweibettzimmer, steht Ihnen das im Tarif genannte Ersatzkrankenhaustagegeld zu.

21006773

Teil I: Allgemeine Bestimmungen
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif PROPHY DENT

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 2 Art, Höhe und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistung ergeben sich aus dem Tarif.

(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) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

§ 3 Heilbehandler

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei.

§ 4 Gebührenordnung

Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Zahnärzte aufgeführten Positionen. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind.

§ 5 Nachweise und Fälligkeit der Leistungen

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen. Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen. Arzneimittel müssen vom Zahnarzt verordnet und in der Apotheke bezogen werden.

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

§ 6 Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 7 Beitragszahlung

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

(2) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(3) 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.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. 194 Abs. 2 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.

(5) Mahnkosten

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

§ 8 Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeit. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes für die Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10% oder für die Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Der Versicherer kann unter den übrigen hier genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des jeweiligen Tarifs anpassen.

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

Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 – 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber nach Ablauf einer Vertragsdauer von einem Jahr, mit einer Frist von einem Monat kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

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

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, 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 aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

§ 15 Beendigung des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis endet mit der Kündigung des Vertrages.
Es endet zudem mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

Die gesetzlichen Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sind darüber hinaus Grundlage dieses Vertrages.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

Auf das Versicherungsverhältnis ist ausschließlich deutsches Recht anwendbar. Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 4 Abs. (1) TB) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen:

Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht. Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die deutsche Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen.

§ 18 Änderung der allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Gültig ab 01.2008

21006110

PROPHY DENT – Ergänzungsversicherung für ambulante zahnärztliche Heilbehandlung Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung für ambulante zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz und Prophylaxe

Teil II

Tarif	**PROPHY DENT**
Leistungen des Versicherers	AXA Krankenversicherung AG bietet Versicherungsschutz für ambulante zahnärztliche Behandlung gemäß nachfolgenden Bestimmungen.
Bonus bei durchgeführter Zahnprophylaxe	Weist die versicherte Person jährliche Prophylaxe nach, erhält sie einen Verhaltensbonus in Höhe von 25 Euro pro Jahr. Als Nachweis zur Durchführung der Maßnahmen gilt eine Kopie des Bonusheftes, welches auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verwendet wird.
Fluoridversiegelung	AXA Krankenversicherung AG leistet 100% der Kosten für eine Fluoridversiegelung mit Lack oder Gel pro Jahr (GOZ-Ziffer 102).
Zahnsteinentfernung	100% der Kosten einer 2. Zahnsteinentfernung, welche nicht in den Leistungskatalog der GKV fallen, werden pro Jahr übernommen (GOZ-Ziffer 405). Die erste Zahnsteinentfernung in einem Jahr übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung.
Unfallschutz für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen, Inlays und Implantaten	Unter Anrechnung der Leistung der GKV erstattet AXA Krankenversicherung AG **100%** des Rechnungsbetrages für unfallbedingt medizinisch notwendigen Zahnersatz. Vor Behandlungsbeginn bitte einen Heil- und Kostenplan vorlegen.
Wartezeiten	Es sind keine Wartezeiten vorgesehen.
Mindestvertragsdauer	Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Jahr (12 Monate). Nach Ablauf dieses Jahres ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Vertrag mit einer Frist von jeweils 1 Monat zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres zu kündigen. Der Versicherer verzichtet auf sein Kündigungsrecht.
Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und deren dort versicherte Familienangehörige sowie Personen mit Anspruch auf Freie Heilfürsorge.

Gültig in Verbindung mit AVB für Tarif PROPHY DENT, Teil I: Allgemeine Bestimmungen

Gültig ab 12.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

Wann handelt es sich um einen Unfall?

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

Jeden Unfall bitte innerhalb von 10 Tagen ab Unfallereignis melden.

Prophylaxe-Bonus jedes Jahr möglich

Wir belohnen regelmäßige vorsorgende Zahnarzt-Besuche, die während der Laufzeit des Versicherungsschutzes vorgenommen werden, einmal im Kalenderjahr.

Fluoridversiegelung und Zahnsteinentfernung sind wichtig

Die Gesetzliche Krankenversicherung trägt nicht alle Kosten einer zahnmedizinisch sinnvollen Behandlung.

Bei Kindern trägt die GKV die Kosten für eine Fissurenversiegelung. Zahnsteinentfernung wird nur einmal pro Jahr erstattet.

Zahnmediziner empfehlen allerdings die Fluoridierung der Zähne mit einem Lack und eine zweite Zahnsteinentfernung.

In Zukunft ist auch der Abschluss einer Ergänzungsversicherung gegen Zahnersatz – nicht nur bei Unfall – möglich

Alle Kunden, die 5 Jahre lang regelmäßig Zahn-Vorsorge betrieben und jährlich den Bonus erhalten haben, erhalten die Chance, ihren Versicherungsschutz zu erweitern – ohne erneute Gesundheitsprüfung.

AXA macht Ihnen im 6. Versicherungsjahr ein Angebot für eine Zusatzversicherung für Zahnersatz. Eine erneute Gesundheitsprüfung ist dann nicht erforderlich.

VG353

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung bei Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) mit planmäßiger Erhöhung von Beitrag und Leistung sowie Beitragsfreiheit im Leistungsfall – Tarif PTG 3

Stand: 07.2008

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Wir zahlen Ihnen im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, d.h. voraussichtlich für die Dauer von mindestens sechs Monaten, der Hilfe bedarf und die Voraussetzungen für die Zuordnung zur Pflegestufe III nach §§ 14, 15 SGB XI (abgedruckt am Ende dieser Vertragsgrundlage) und den nach § 17 SGB XI beschlossenen Richtlinien vorliegen.

(3) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,

b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Kleidung und Wäsche oder das Beheizen der Wohnung.

Die Verrichtungen nach a) bis c) werden im weiteren auch als Grundpflege bezeichnet.

(4) Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerst pflegebedürftig) ist die versicherte Person, wenn sie bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

(5) Der Zeitaufwand, den eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; dabei müssen mehr als vier Stunden auf die Grundpflege entfallen.

(6) Bei Kindern ist für die Zuordnung zur Pflegestufe III der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(7) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III. Er endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III mehr besteht.

(8) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(9) Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege in Deutschland. Er kann durch eine besondere Vereinbarung auf die Pflege im Ausland ausgedehnt werden (vgl. § 15 Abs. 2). Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen Reiseunfähigkeit aus medizinischen Gründen über diese Zeit hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist das Zustandekommen des Vertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Für Versicherungsfälle, die nach Zugang einer Annahmeerklärung oder des Versicherungsscheines eingetreten sind, leisten wir nur für den Teil nicht, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(2) Neugeborene versichern wir ohne Risikoprüfung ab dem Tag der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und das Neugeborene spätestens zwei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt zur Versicherung angemeldet wird. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten (leistungsfreie Zeit des Versicherers)

Keine

§ 4 Informationen zum Leistungsumfang und zur planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag

(1) Wir zahlen das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III, wenn uns spätestens am 42. Tag nach der Feststellung ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit vorliegt. Unsere Leistungen richten sich nach der Höhe des vereinbarten Pflegetagegeldes.

(2) Der Eintritt und die Dauer der Pflegebedürftigkeit ist durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Für den Nachweis halten wir einen Vordruck bereit, der bitte unverzüglich nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit anzufordern ist. Der ausgefüllte Vordruck muss uns spätestens 42 Tage nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorliegen. Eine Bescheinigung von Ehegatten, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen genügt als Nachweis nicht.

Alternativ kann der Nachweis des Eintritts der Pflegebedürftigkeit oder der Fortdauer auch durch Vorlage der Feststellungsunterlagen einer gesetzlichen Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung erbracht werden.

Die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ist in Abständen von 6 Monaten nachzuweisen. Die hierfür entstehenden Kosten sind von Ihnen zu tragen. Machen wir von unserem Recht Gebrauch, in kürzeren Abständen einen Nachweis für die Pflegebedürftigkeit zu verlangen, tragen wir die hierfür entstehenden Mehrkosten.

(3) Wir erhöhen das Pflegetagegeld ohne Gesundheitsprüfung planmäßig alle drei Jahre um 10% des zuletzt vereinbarten Tagegeldsatzes und zwar erstmals zum 1. Juli des 4. Versicherungsjahres, wenn die jeweils versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet hat.

Dabei wird das Pflegetagegeld kaufmännisch auf volle 1,00 EUR gerundet.

Die planmäßige Beitragserhöhung wird nach den in § 8 a Absatz 2, 3, 5 und 6 festgelegten Grundsätzen berechnet.

Der Anspruch auf planmäßige Erhöhungen entfällt für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt einer möglichen planmäßigen Erhöhung einen Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld haben.

Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen im Vertrag versicherten Personen, für die Sie innerhalb von einem Monat nach unserer Mitteilung der Erhöhung widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

Widersprechen Sie für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden Erhöhungen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Wir leisten nicht

a) bei Pflegebedürftigkeit, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursache als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen ist;

b) bei Pflegebedürftigkeit, die auf Sucht oder vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten bzw. Folgen eines vorsätzlich verursachten Unfalles beruht.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(2) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr).

(2) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Beginnt die Versicherung erst zu einem späteren Zeitpunkt, ist der erste Beitrag zum Versicherungsbeginn zu zahlen.

(3) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten.

(4) Wird der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs.2 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(5) 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. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(6) Besteht für Sie oder eine mitversicherte Person Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld aus diesem Tarif, sind Sie von der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die betreffende Person befreit. Die Beitragsbefreiung beginnt am Monatsersten nach Beginn der tariflichen Leistungspflicht aus diesem Tarif.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge wird nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) vorgenommen und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

(2) Die Beiträge für den Neuzugang richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei nachträglicher Erhöhung des Pflegetagegeldes ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

(3) 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. 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 unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer

des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(4) Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, werden ab Beginn des folgenden Jahres in die ihrem Geschlecht entsprechende Beitragsgruppe für Jugendliche eingestuft. Jugendliche, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, werden ab Beginn des folgenden Jahres in die ihrem Geschlecht entsprechende Beitragsgruppe für Männer bzw. Frauen eingestuft. In den Beiträgen für Kinder und Jugendliche ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung nach Absatz 3 vorgesehen.

(5) Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(6) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen. Im Rahmen einer planmäßigen Erhöhung wird dieser Zuschlag entsprechend erhöht.

(7) Nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeschrieben. Neben der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit der Prämienermäßigung kann dieser Teil der Alterungsrückstellung bei Personen, die keinen Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld haben, auch zur Erhöhung der Leistungen verwendet werden.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Unsere Versicherungsleistungen, zu denen wir uns unseren Versicherungsnehmern – also auch Ihnen – gegenüber verpflichten, können sich durch allgemein vermehrte Inanspruchnahme oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5% können, bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt der Vergleich der Barwerte der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Sind die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichend, legen wir dem Vergleich nach Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde.

(3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn wir in Übereinstimmung mit dem Treuhänder von einer vorübergehenden Änderung der Versicherungsleistungen ausgehen.

(4) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.

§ 9 Mitwirkungspflichten

(1) Der Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(2) Bitte beachten Sie, dass Sie und jede mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach oder für die Beitragseinstufung einer versicherten Person erforderlich ist.

(3) Für den Abschluss einer weiteren Pflegekrankenversicherung (d.h. Pflegetagegeld- oder Pflegekostenversicherung) oder Pflegerentenversicherung oder Pflegezusatzversicherung in der Lebensversicherung für Sie oder eine mitversicherte Person ist unsere vorherige Zustimmung erforderlich. Sie gefährden ansonsten den Versicherungsschutz aus diesem Tarif. Gleiches gilt für die Erhöhung einer anderweitig bereits bestehenden Pflegekranken-, renten- oder -zusatzversicherung.

§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

(1) Wenn Sie oder eine mitversicherte Person die in § 9 Abs. 1 bis 3 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.

Geht uns die Anzeige über den Eintritt der Pflegebedürftigkeit mehr als 42 Tage nach der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu, zahlen wir das vereinbarte Pflegetagegeld erst ab dem Tag des Zugangs des Nachweises über die Pflegebedürftigkeit.

(2) Wird für Sie oder eine mitversicherte Person ohne unser Einverständnis eine anderweitige Pflegekranken-, -renten- oder -zusatzversicherung abgeschlossen oder mit einem Versicherer die Erhöhung einer bereits bestehenden Pflegekranken-, -renten- oder zusatzversicherung vereinbart, können wir den Vertrag innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen.

Das Kündigungsrecht entfällt, wenn nachgewiesen wird, dass kein Verschulden vorliegt.

§ 11 Aufrechnung

Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Gewinnbeteiligung

§ 12 Beitragsrückerstattung

(1) Die Gewinnbeteiligung nehmen wir nach den gesetzlich vorgeschriebenen Grundsätzen vor, deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde überwacht.

(2) Die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Versicherungsnehmer verwenden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen kann dies geschehen durch Auszahlung an den Versicherungsnehmer oder die mitversicherte Person, durch einmalige oder ratierliche Gutschrift auf dem Beitragskonto oder auf einem Vorsorgekonto, durch Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir bestimmen im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Gewinnverwendung.

(3) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstands heranziehen (§ 56 a VAG).

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis – auch für einzelne Personen – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich kündigen.

(2) Erhöht sich der Beitrag infolge einer besonderen Vereinbarung im Versicherungsvertrag (vgl. § 8 a Abs. 4), können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(3) Wenn wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8 b Abs. 1) erhöhen oder unsere Leistungen im Rahmen einer Änderung der Bedingungen vermindern, können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Versicherten innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung durch schriftliche Erklärung kündigen.

(4) Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Diese wird zum Ende des Monats wirksam, in dem unsere Erklärung Ihnen zugegangen ist, im Falle der Kündigung sofort.

(5) Kündigen Sie für eine mitversicherte Person, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt.

§ 15 sonstige Beendigungsgründe

(1) Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

(2) Bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person aus dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland endet für diese Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass wir eine andere Vereinbarung treffen. Hierzu verpflichten wir uns, wenn Sie bei einem Wegzug in einen Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegzug einen entsprechenden Antrag stellen. In diesem Fall können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Erklärungen zum Versicherungsverhältnis

Ihre Erklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form.

§ 17 Verjährung, Klagefrist, Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.

(2) Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

(3) Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

(4) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 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 Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)
Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif PTG 3

Besondere Hinweise

Der Beitrag zur ergänzenden Pflegeversicherung kann im Rahmen des Höchstsatzes für Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden.

Was ist im Versicherungsfall zu tun?

Bei anstehender Pflege helfen wir Ihnen gerne. Unser Kundenservice steht Ihnen unter der in Ihrer Police angegebenen Rufnummer zur Verfügung. Neben dem telefonischen Service bieten wir Ihnen bei einem bevorstehenden Pflegefall auch eine persönliche Pflegeberatung bei Ihnen zu Hause an. Das gibt Ihnen Sicherheit und Orientierungshilfe in Ihrer Situation und bei anstehenden Entscheidungen.

VG354

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Beitrag und Leistung sowie Beitragsfreiheit im Leistungsfall – Tarif PTG DYN

Stand: 07.2008

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Wir zahlen Ihnen im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, d.h. voraussichtlich für die Dauer von mindestens sechs Monaten, der Hilfe bedarf und die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach den §§ 14, 15 SGB XI (abgedruckt am Ende dieser Vertragsgrundlage) und den nach § 17 SGB XI beschlossenen Richtlinien vorliegen.

(3) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,

b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Kleidung und Wäsche oder das Beheizen der Wohnung.

Die Verrichtungen nach a) bis c) werden im weiteren auch als Grundpflege bezeichnet.

(4) Die Zuordnung zu den Pflegestufen erfolgt nach folgenden Kriterien:

a) Pflegestufe I

Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftig) ist die versicherte Person, wenn sie bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

b) Pflegestufe II

Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwer pflegebedürftig) ist die versicherte Person, wenn sie bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

c) Pflegestufe III

Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerst pflegebedürftig) ist die versicherte Person, wenn sie bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

(5) Der Zeitaufwand, den eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; dabei müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen,

b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; dabei müssen mehr als zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen,

c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; dabei müssen mehr als vier Stunden auf die Grundpflege entfallen.

(6) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(7) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit mehr besteht.

(8) Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(9) Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege in Deutschland. Er kann durch eine besondere Vereinbarung auf die Pflege im Ausland ausgedehnt werden (vgl. § 15 Abs. 2). Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen Reiseunfähigkeit aus medizinischen Gründen über diese Zeit hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist das Zustandekommen des Vertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Für Versicherungsfälle, die nach Zugang einer Annahmeerklärung oder des Versicherungsscheines eingetreten sind, leisten wir nur für den Teil nicht, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(2) Neugeborene versichern wir ohne Risikoprüfung ab dem Tag der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und das Neugeborene spätestens zwei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt zur Versicherung angemeldet wird. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten (leistungsfreie Zeit des Versicherers)

Keine

§ 4 Informationen zum Leistungsumfang und zur planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag

(1) Wir zahlen das vertraglich vereinbarte Pflegetagegeld ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit, wenn uns spätestens am 42. Tag nach der Feststellung ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Unsere Leistungen richten sich nach der Höhe des vereinbarten Pflegetagegeldes und der nachgewiesenen Pflegestufe, der die versicherte Person zugeordnet ist. Je 1,00 EUR vereinbartem Pflegetagegeld zahlen wir in Pflegestufe

I 0,40 EUR

II 0,70 EUR

III 1,00 EUR

Bei einer Änderung der Pflegestufe ändert sich das von uns zu zahlende Pflegetagegeld entsprechend.

(2) Der Eintritt und die Dauer der Pflegebedürftigkeit ist durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Für den Nachweis halten wir einen Vordruck bereit, der bitte unverzüglich nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit anzufordern ist. Der ausgefüllte Vordruck muss uns spätestens 42 Tage nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorliegen. Eine Bescheinigung von Ehegatten, Verwandten, Verschwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen genügt als Nachweis nicht.

Alternativ kann der Nachweis des Eintritts der Pflegebedürftigkeit oder der Fortdauer auch durch Vorlage der Feststellungsunterlagen einer gesetzlichen Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung erbracht werden.

Die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ist in Abständen von 6 Monaten nachzuweisen. Die hierfür entstehenden Kosten sind von Ihnen zu tragen. Machen wir von unserem Recht Gebrauch, in kürzeren Abständen einen Nachweis für die Pflegebedürftigkeit zu verlangen, tragen wir die hierfür entstehenden Mehrkosten.

(3) Wir erhöhen das Pflegetagegeld ohne Gesundheitsprüfung planmäßig alle drei Jahre um 10% des zuletzt vereinbarten Tagegeldsatzes und zwar erstmals zum 1. Juli des 4. Versicherungsjahres, wenn die jeweils versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet hat.

Dabei wird das Pflegetagegeld kaufmännisch auf volle 1,00 EUR gerundet.

Die planmäßige Beitragserhöhung wird nach den in § 8 a Absatz 2, 3, 5 und 6 festgelegten Grundsätzen berechnet.

Der Anspruch auf planmäßige Erhöhungen entfällt für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt einer möglichen planmäßigen Erhöhung einen Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld haben.

Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen im Vertrag versicherten Personen, für die Sie innerhalb von einem Monat nach unserer Mitteilung der Erhöhung widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

Widersprechen Sie für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden Erhöhungen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Wir leisten nicht

a) bei Pflegebedürftigkeit, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursache als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen ist;

b) bei Pflegebedürftigkeit, die auf Sucht oder vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten bzw. Folgen eines vorsätzlich verursachten Unfalles beruht.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(2) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr).

(2) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Beginnt die Versicherung erst zu einem späteren Zeitpunkt, ist der erste Beitrag zum Versicherungsbeginn zu zahlen.

(3) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten.

(4) Wird der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs.2 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(5) 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. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(6) Besteht für Sie oder eine mitversicherte Person Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld aus diesem Tarif, sind Sie von der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die betreffende Person befreit. Die Beitragsbefreiung beginnt am Monatsersten nach Beginn der tariflichen Leistungspflicht aus diesem Tarif.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge wird nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) vorgenommen und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

(2) Die Beiträge für den Neuzugang richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei nachträglicher Erhöhung des Pflegetagegeldes ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

(3) 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. 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 unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(4) Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, werden ab Beginn des folgenden Jahres in die ihrem Geschlecht entsprechende Beitragsgruppe für Jugendliche eingestuft. Jugendliche, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, werden ab Beginn des folgenden Jahres in die ihrem Geschlecht entsprechende Beitragsgruppe für Männer bzw. Frauen eingestuft. In den Beiträgen für Kinder und Jugendliche ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung nach Absatz 3 vorgesehen.

(5) Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.

(6) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Im Rahmen einer planmäßigen Erhöhung wird dieser Zuschlag entsprechend erhöht.

(7) Nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeschrieben. Neben der gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit der Prämienermäßigung kann dieser Teil der Alterungsrückstellung bei Personen, die keinen Anspruch auf die Zahlung von Pflegetagegeld haben, auch zur Erhöhung der Leistungen verwendet werden.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Unsere Versicherungsleistungen, zu denen wir uns unseren Versicherungsnehmern – also auch Ihnen – gegenüber verpflichten, können sich durch allgemein vermehrte Inanspruchnahme oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5% können, bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt der Vergleich der Barwerte der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Sind die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichend, legen wir dem Vergleich nach Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zu Grunde.

(3) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn wir in Übereinstimmung mit dem Treuhänder von einer vorübergehenden Änderung der Versicherungsleistungen ausgehen.

(4) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt.

§ 9 Mitwirkungspflichten

(1) Der Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(2) Bitte beachten Sie, dass Sie und jede mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach oder für die Beitragseinstufung einer versicherten Person erforderlich ist.

(3) Für den Abschluss einer weiteren Pflegekrankenversicherung (d.h. Pflegetagegeld- oder Pflegekostenversicherung) oder Pflegerentenversicherung oder Pflegezusatzversicherung in der Lebensversicherung für Sie oder eine mitversicherte Person ist unsere vorherige Zustimmung erforderlich. Sie gefährden ansonsten den Versicherungsschutz aus diesem Tarif. Gleiches gilt für die Erhöhung einer anderweitig bereits bestehenden Pflegekranken-, renten- oder -zusatzversicherung.

§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

(1) Wenn Sie oder eine mitversicherte Person die in § 9 Abs. 1 bis 3 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat. Geht uns die Anzeige über den Eintritt der Pflegebedürftigkeit mehr als 42 Tage nach der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu, zahlen wir das vereinbarte Pflegetagegeld erst ab dem Tag des Zugangs des Nachweises über die Pflegebedürftigkeit.

(2) Wird für Sie oder eine mitversicherte Person ohne unser Einverständnis eine anderweitige Pflegekranken-, -renten- oder -zusatzversicherung abgeschlossen oder mit einem Versicherer die Erhöhung einer bereits bestehenden Pflegekranken-, -renten- oder zusatzversicherung vereinbart, können wir den Vertrag innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen.

Das Kündigungsrecht entfällt, wenn nachgewiesen wird, dass kein Verschulden vorliegt.

§ 11 Aufrechnung

Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Gewinnbeteiligung

§ 12 Beitragsrückerstattung

(1) Die Gewinnbeteiligung nehmen wir nach den gesetzlich vorgeschriebenen Grundsätzen vor, deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde überwacht.

(2) Die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Versicherungsnehmer verwenden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen kann dies geschehen durch Auszahlung an den Versicherungsnehmer oder die mitversicherte Person, durch einmalige oder ratierliche Gutschrift auf dem Beitragskonto oder auf einem Vorsorgekonto, durch Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir bestimmen im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Gewinnverwendung.

(3) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstands heranziehen (§ 56 a VAG).

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis -auch für einzelne Personen- zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich kündigen.

(2) Erhöht sich der Beitrag infolge einer besonderen Vereinbarung im Versicherungsvertrag (vgl. § 8 a Abs. 4), können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(3) Wenn wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8 b Abs. 1) erhöhen oder unsere Leistungen im Rahmen einer Änderung der Bedingungen vermindern, können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Versicherten innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung durch schriftliche Erklärung kündigen.

(4) Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Diese wird zum Ende des Monats wirksam, in dem unsere Erklärung Ihnen zugegangen ist, im Falle der Kündigung sofort.

(5) Kündigen Sie für eine mitversicherte Person, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die bisher Mitversicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

(2) Bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person aus dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland endet für diese Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass wir eine andere Vereinbarung treffen. Hierzu verpflichten wir uns, wenn Sie bei einem Wegzug in einen Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegzug einen entsprechenden Antrag stellen. In diesem Fall können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Erklärungen zum Versicherungsverhältnis

Ihre Erklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form.

§ 17 Verjährung, Klagefrist, Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung erstmals verlangt werden kann.

(2) Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

(3) Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

(4) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 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 Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif PTG DYN

Besondere Hinweise

Der Beitrag zur ergänzenden Pflegeversicherung kann im Rahmen des Höchstsatzes für Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden.

Was ist im Versicherungsfall zu tun?

Bei anstehender Pflege helfen wir Ihnen gerne. Unser Kundenservice steht Ihnen unter der in Ihrer Police angegebenen Rufnummer zur Verfügung. Neben dem telefonischen Service bieten wir Ihnen bei einem bevorstehenden Pflegefall auch eine persönliche Pflegeberatung bei Ihnen zu Hause an. Das gibt Ihnen Sicherheit und Orientierungshilfe in Ihrer Situation und bei anstehenden Entscheidungen.

Information zur besonderen Serviceleistung Tarife PTG DYN und PTG 3

Für die Versicherten in den Pflegetagegeld-Tarifen PTG DYN und PTG 3 bieten wir zusätzlich zum Versicherungsschutz eine Hotline, unter der rund um die Uhr alle Fragen zur Pflege von qualifizierten Ansprechpartnern beantwortet werden. Diese Serviceleistung beinhaltet die nachfolgenden Leistungen.

Medizinische Serviceleistung

- Medizinische Informationen zu allgemeinen Fragen der Pflege
- Medizinische Informationen zu Vorsorgemaßnahmen im Bereich Pflege
- Information zu geeigneten Pflegediensten für die häusliche Pflege sowie Pflegeeinrichtungen
- Vermittlung von fachlich und örtlich selektierten Adressen im Bereich der ambulanten und stationären Pflege
- Information über Hilfen bei der häuslichen Pflege

Die oben genannten Dienstleistungen können von den entsprechend versicherten Personen über eine **Telefon-Hotline** rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr in Anspruch genommen werden:

0 18 02 – 22 88 10 (derzeit 6 Cent/ Anruf).

Die DBV-Winterthur Krankenversicherung wird bezüglich der medizinischen Dienstleistungen von

MD Medicus
Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH
Industriestraße 2a
67063 Ludwigshafen

unterstützt.

MD Medicus verfügt über eine langjährige Erfahrung als medizinischer Dienstleister. Ärzte, Krankenschwestern/Pfleger und Arzthelferinnen stehen Ihnen mit ihrem medizinischen Fachwissen zur Verfügung.

Medizinische Daten und Informationen, die Sie im Rahmen dieses Telefonats dem Expertenteam mitteilen, werden für die Bearbeitung Ihres Anliegens bei MD Medicus gespeichert und nicht an Dritte – auch nicht an die DBV-Winterthur Versicherung – weitergeleitet.

21001968

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB/EPV)

Teil I: Bedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif festgelegte Leistungen, und erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,

b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,

c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,

b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindetstens zwei Stunden entfallen,

c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindetstens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Abs. 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(9) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil mit Anhang, Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung.

(11) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(12) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

(13) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung 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 zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

§ 3 Wartezeit

Es besteht keine Wartezeit.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Leistungen für Grundpflege hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Abschnitt A. 2. des Tarifs EHP. Erhält eine versicherte Person Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung gemeinschaftlich mit anderen Pflegebedürftigen, so erstattet der Versicherer die Aufwendungen auch dann, wenn diese ganz oder teilweise durch die anderen gepflegten Personen verursacht worden sind, soweit die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bei allen gemeinschaftlich gepflegten Personen sichergestellt ist. Im Rahmen einer solchen gemeinschaftlichen Inanspruchnahme der Leistungen können auch Aufwendungen für Leistungen der allgemeinen Betreuung erstattet werden. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) steht, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Absatz 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Abschnitt A. 3. des Tarifs EHP beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer) in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

(3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Monats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,

a) bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,

b) bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist durch anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine Pflegeeinrichtung vor Ort oder durch anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener

pflegefachlicher Kompetenz nicht gewähleistet werden kann, durch eine von dem Träger der Privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung durchgeführt und bescheinigt werden. Aufwendungen für die Beratung werden die in Abschnitt A.3.2 des Tarifes EHP genannten Beträge erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab oder stimmt sie der Mitteilung der bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung nicht zu, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt.

Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a SGB XI festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der oben für die Pflegestufen I und II genannten.

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben Leistungen in der in Tarif EHP genannten Höhe. Das gilt auch für Härtefälle.

An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(6) Ist eine Pflegeperson im Sinne von Absatz 2 Satz 2 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflegekraft im Sinne von Absatz 1 Satz 3 für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Abschnitt A. 4. des Tarifs EHP erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

B. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

(7) Versicherte Personen haben gemäß Abschnitt A. 5. des Tarifs EHP Anspruch auf Leistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen, oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel oder die technischen Hilfen anpassen oder sich selbst oder die Pflegepersonen in deren Gebrauch ausbilden lässt. Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Abschnitt 5.3. des Tarifs EHP subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

C. Teilstationäre Pflege

(8) Versicherte Personen haben gemäß Abschnitt A. 6. des Tarifs EHP Anspruch auf Leistungen für allgemeine Pflegeleistungen bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürfigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht oder verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Absatz 2 SGB XI sind nicht erstattungspflichtig.

(9) Versicherte Personen erhalten unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen zusätzlich zu den Leistungen nach Absatz 8 (Teilstationäre Pflege) Pflegegeld nach Absatz 2 gemäß Abschnitt A.3.1. des Tarifs EHP. Das Pflegegeld wird gemindert, wenn die Aufwendungen nach Absatz 8 (Teilstationäre Pflege) 50 v. H. des in Abschnitt A.2. des Tarifs EHP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen monatlichen Höchstbetrags übersteigen, und zwar um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Absatz 8 (Teilstationäre Pflege) 50 v. H. des genannten Höchstbetrages übersteigen.

(10) Statt Pflegegeld kann neben der Leistung nach Absatz 8 (Teilstationäre Pflege) Aufwendungsersatz nach Absatz 1 für häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Absatz 1 Satz 3 in Anspruch genommen werden. Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 8 dürfen jedoch insgesamt je Kalendermonat 150 v. H. des in Abschnitt A.2. des Tarifs EHP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen monatlichen Höchstbetrags nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen nach Absatz 1 (Häusliche Pflegehilfe) um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Absatz 8 (Stationäre Pflege) über 50 v. H. in Anspruch genommen werden.

(11) Wird die Leistung nach Absatz 8 zusammen mit der Kombination von Pflegegeld nach Absatz 2 und häuslicher Pflegehilfe nach Absatz 1 in Anspruch genommen, bleibt die Leistung der teilstationären Pflege nach Absatz 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 v. H. des in Absatz 1 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet Absatz 5 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v. H. auszugehen ist und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

D. Kurzzeitpflege

(12) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Abschnitt A.7. des Tarifs EHP Anspruch auf Leistungen für allgemeine Pflegeleistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend.

Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen besteht in begründeten Einzelfällen auch bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder

b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

E. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

(13) Versicherte Personen haben gemäß Abschnitt 1 des Tarifs ESP Anspruch auf Leistungen für allgemeine Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend.

(14) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif ESP in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.

F. Leistungen bei Pflegezeit

(15) Für Pflegepersonen, die Beschäftigte gemäß § 3 des Pflegezeitgesetzes (Anhang) sind, und die von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV, Anhang) wird, zahlt der Versicherer der pflegebedürftigen Person auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Der Umfang der Zuschüsse sowie der Beiträge ergibt sich aus Abschnitt A.10. des Tarifes EHP.

G. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Abs. 1) und teilstationärer Pflege (Abs. 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Abschnitt A.9. des Tarifs EHP.

Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei Kurzzeitpflege (Abs. 12) und vollstationärer Pflege (Abs. 13) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Vergütungszuschläge gemäß § 87b SGB XI. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung hat und demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen aufweist, und der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(17) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

a) unkontolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);

b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;

c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;

d) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;

e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;

f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;

g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;

h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;

i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;

j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;

k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;

l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;

m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegeversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht

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

b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz beruhen;

c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 12 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;

e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;

f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 werden in den ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme jedoch weitergezahlt;

g) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Pflege oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

(2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, das Vorliegen eines Härtefalls in der Pflegestufe III, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen sind durch Vorlage der aktuellen Unterlagen der Pflegepflichtversicherung nachzuweisen. Bezüglich des Eintritts und des Fortbestehens der in Satz 1 genannten Leistungsvoraussetzungen schließt der Versicherer sich der jeweils aktuellen Einstufung durch die Pflegeversicherung an. Erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der sozialen Pflegepflichtversicherung, muss der Versicherte das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI, bei Entscheidung der Pflegekasse nach Aktenlage den Anerkennungsbescheid der Pflegekasse vorlegen.

(3) Die Leistungszusage des Versicherers kann ganz oder teilweise befristet werden; die jeweiligen Leistungen enden in diesem Fall mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann erfolgen, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs im Rahmen der Feststellungen nach Abs. 2 erwartet wird. Die Befristung kann wiederholt werden. Insgesamt darf der Befristungszeitraum die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten.

(4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen dieser den Erstattungsbetrag vermerkt hat.

(5) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

(6) 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.

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

(8) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Termin fällig.

(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 i. V. m. § 194 Abs. 2 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich ggf. aus dem Tarif ergibt.

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Altersrückstellung zu bilden ist.

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

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(5) Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs für die Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10% oder für die Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5%, 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 Risikoszuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Abs. 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur Pflegeversicherung 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 Anpassungen von Selbstbehalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb von 30 Tagen nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Absatz 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Absatz 1 e).

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannten versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(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) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegekrankenversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherer vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. 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

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von 2 Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Satz 1 kündigt.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

(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 § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt der 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 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens und bei Änderungen des Leistungsumfanges in der sozialen Pflegeversicherung können die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den geänderten 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.

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.

Gültig ab 07.2008

21001996

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Häusliche Pflegeversicherung

Teil II: Tarif EHP

Tarif/Klasse	EHP 100
A. Leistungen des Versicherers	
1. Allgemeines	Die für einen Kalendermonat zu zahlenden Leistungen werden nach Maßgabe der Einstufung durch die soziale oder private Pflegepflichtversicherung bemessen.
2. Häusliche Pflegehilfe durch Pflege-Fachkräfte	Je Kalendermonat werden ab — 1. Juli 2008 — 1. Januar 2010 — 1. Januar 2012 a) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I — 420,00 Euro — 440,00 Euro — 450,00 Euro b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II — 980,00 Euro — 1.040,00 Euro — 1.100,00 Euro c) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III — 1.470,00 Euro — 1.510,00 Euro — 1.550,00 Euro gezahlt. In besonders gelagerten Fällen kann zur Vermeidung von Härten versicherter Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz für weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Höchstbetrag von 1.918,– Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.
3. Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Helfer	3.1 Je Kalendermonat werden ab — 1. Juli 2008 — 1. Januar 2010 — 1. Januar 2012 a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I — 215,00 Euro — 225,00 Euro — 235,00 Euro b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II — 420,00 Euro — 430,00 Euro — 440,00 Euro c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III — 675,00 Euro — 685,00 Euro — 700,00 Euro gezahlt. Soweit Häusliche Pflegehilfe im Kalendermonat sowohl durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Helfer **als auch** durch Pflege-Fachkräfte in Anspruch genommen wird, werden die für Häusliche Pflegehilfe durch Pflege-Fachkräfte (Abschnitt A. 2.) vorgesehenen Beträge gezahlt. Soweit im Kalendermonat sowohl teilstationäre als auch häusliche Pflege in Anspruch genommen wird, werden die für teilstationäre Pflege (Abschnitt A. 6.) vorgesehenen Beträge gezahlt. 3.2. Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21,00 Euro, in Pflegestufe III bis zu 31,00 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Absatz 16 AVB/EPV) werden für die Beratung bis zu 21,00 Euro erstattet.
4. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	Die Erstattung ist im Einzelfall ab 1. Juli 2008 auf 1.470,00 Euro, ab 1. Januar 2010 auf 1.510,00 Euro und ab 1. Januar 2012 auf 1.550,00 Euro je Kalenderjahr begrenzt, wenn die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß Abschnitt A.3. des Tarifs begrenzt. Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe der in Satz 1 genannten Beträge.
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegemittel-Verzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 AVB/EPV erfüllt sind und die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel und technische Hilfen grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Hilfsmittel und technische Hilfen, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege sondern überwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.
5.1 Technische Pflegehilfsmittel	Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird der in der Pflege-Pflichtversicherung für technische Pflegehilfsmittel vorgesehene Selbstbehalt erstattet. Das gilt nicht, wenn die versicherte Person die in der Pflege-Pflichtversicherung vorgesehene leihweise Überlassung von Pflegehilfsmitteln ohne zwingenden Grund ablehnt.
5.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Aufwendungen von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln werden **bis zu 31,00 Euro** je Kalendermonat erstattet.
5.3 Verbesserung des Wohnumfeldes	Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf **2.557,00 Euro** je Maßnahme begrenzt.
6. Teilstationäre Pflege	Je Kalendermonat werden ab — 1. Juli 2008 — 1. Januar 2010 — 1. Januar 2012 a) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I — 420,00 Euro — 440,00 Euro — 450,00 Euro b) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II — 980,00 Euro — 1.040,00 Euro — 1.100,00 Euro c) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III — 1.470,00 Euro — 1.510,00 Euro — 1.550,00 Euro gezahlt. Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück erstattungsfähig. Abweichend von § 4 Abs. 8 Satz 5 AVB/EPV sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei teilstationärer Pflege im Rahmen der tariflichen Höchstsätze erstattungsfähig.

7. Kurzzeitpflege	Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen für vier Wochen im Kalenderjahr bis zu **1.470,00 Euro ab 1. Juli 2008** **1.510,00 Euro ab 1. Januar 2010** **1.550,00 Euro ab 1. Januar 2012** ersetzt. Abweichend hiervon werden die Aufwendungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen entsprechend § 4 Abs. 12 Satz 3 AVB/EPV erstattet. Enthalten diese Aufwendungen Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, ohne gesondert ausgewiesen zu werden, so besteht Anspruch auf Erstattung in Höhe von 60 vom Hundert.
8. Zusatzleistungen	An den Versicherten wird bei Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (s. A.3.) ein Pflegegeld gezahlt in Höhe von 100% der in der Pflegeversicherung zu zahlenden Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson (s. § 4 Abs. 13 MB/PPV 2009). Den Nachweis über die gezahlten Sozialleistungen hat der Versicherungsnehmer – oder vertretungsweise die Pflegehilfe – zu erbringen.
9. Zusätzliche Betreuungsleistungen	Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen a) der teilstationären Pflege, b) der Kurzzeitpflege, c) der Pflegekäfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 6 AVB/EPV, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind, e) der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die durch die Pflegeberatung gemäß § 4 Abs. 18 MB/PPV vermittelt worden sind, werden bis zu 100,– Euro (Grundbetrag) oder 200,– Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3 MB/PPV) festgelegt. Die Beträge können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.
10. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen	Angehörige eines Pflegebedürftigen können sich bis zu 6 Monaten von der Arbeit freistellen lassen, um sich um die Pflege zu kümmern – ein Anspruch auf Lohnfortzahlung besteht während dieser Zeit nicht. Die pflegende Person erhält aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung während der Pflegezeit in den Fällen, in denen keine anderweitige Absicherung(smöglichkeit) – insbesondere Familienversicherung – besteht, einen Beitragszuschuss zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Sofern dieser Zuschuss nicht den gesamten Beitrag zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung abdeckt, leistet der Tarif EHP 100 weitere 100% des aus der Pflegepflichtversicherung gezahlten Zuschusses, jedoch aus allen versicherten Stufen EHP 10 – EHP 100 nicht mehr als der tatsächlich zu tragende Eigenanteil nach anderweitigen Zuschüssen.
B. Dynamik	Der Versicherer beobachtet jährlich die Kostenentwicklung in allen Pflegebereichen und bietet bei entsprechender Steigerung der Kosten ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung der versicherten Leistungssätze an. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise oder ganz anzunehmen. Erhöhungsangebote unterbleiben, wenn der Versicherungsnehmer die Erhöhung zweimal abgelehnt hat. Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt. Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend. Werden die Leistungen der Pflegepflichtversicherung nach § 1 Abs. 10 MB/PPV i. V. m. § 30 Pflegepflichtgesetz angepasst, so werden gemäß § 18 AVB/EPV auch die Tarifleistungen der Ergänzungsversicherungen EHP in gleicher prozentualer Höhe angepasst.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB/EPV), Teil I Bedingungen.

Gültig ab 07.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif EHP
Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Besondere Hinweise:

- Die Leistungen des Tarifs EHP ergänzen die Pflegeversicherung um den versicherten Prozentsatz.
- Der Beitrag zur ergänzenden Pflegeversicherung kann im Rahmen der Höchstsatzes für Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden.

Was ist im Versicherungsfall zu tun?

- Bei anstehender Pflege helfen wir Ihnen gerne. Unser 24-Stunden-Kundenservice: 0 180 3 – 55 66 22 (9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif) steht Ihnen rund um die Uhr zur Verfügung. Neben dem telefonischen Service helfen wir Ihnen auch zu einer Pflegeberatung bei sich zu Hause. Das gibt Ihnen Sicherheit und Orientierungshilfe in Ihrer Situation und bei anstehenden Entscheidungen.

21001975
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Stationäre Pflegeversicherung

Teil II: Tarif ESP

Tarif/Klasse	ESP 100
1. Leistungen des Versicherers 1.1 Vollstationäre Pflege	Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung und für medizinische Behandlungspflege unabhängig von der Pflegestufe je Kalendermonat in Höhe von 1.470,00 Euro ab 1. Juli 2008 1.510,00 Euro ab 1. Januar 2010 1.550,00 Euro ab 1. Januar 2012 erstattet. Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen je Kalendermonat bis zu 1.750,00 Euro ab 1. Juli 2008 1.825,00 Euro ab 1. Januar 2010 1.918,00 Euro ab 1. Januar 2012 ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange aufgrund gesetzlicher Vorschriften der Pflegeplatz für ihn freigehalten wird. Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl dies nicht erforderlich ist, erhalten sie einen Zuschuss: ab 1.7.2008 / ab 1.1.2010 / ab 1.1.2012 bei Pflegestufe I in Höhe von 420,00 Euro / 440,00 Euro / 450,00 Euro bei Pflegestufe II in Höhe von 980,00 Euro / 1.040,00 Euro / 1.100,00 Euro bei Pflegestufe III in Höhe von 1.470,00 Euro / 1.510,00 Euro / 1.550,00 Euro Abweichend von § 4 Abs. 13 Satz 2 AVB/EPV sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege im Rahmen der tariflichen Höchstsätze gem. Nr. 1 des Tarifes erstattungsfähig.
1.2 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen werden die Aufwendungen gemäß Abschnitt 1.1 mit einem Betrag in Höhe von 10 v. H. des nach § 93 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256,– Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise nicht als Tage der vollstationären Pflege.
1.3 Allgemeines	Werden die versicherten Höchstsätze der Leistungen durch die nachgewiesenen Kosten, die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleiben, nicht zu 100% in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer die Differenz zwischen nachgewiesenen Kosten und versicherten Höchstsätzen zusätzlich als Pflegegeld.
2. Dynamik	Der Versicherer beobachtet jährlich die Kostenentwicklung in allen Pflegebereichen und bietet bei entsprechender Steigerung der Kosten ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung der versicherten Leistungssätze an. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise oder ganz anzunehmen. Erhöhungsangebote unterbleiben, wenn der Versicherungsnehmer die Erhöhung zweimal abgelehnt hat. Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungschutzes, wird vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt. Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend. Werden die Leistungen der Pflegepflichtversicherung nach § 1 Abs. 10, Satz 3 MB/PPV 2008 i.V.m. § 30 Pflegepflichtgesetz angepasst, so werden gemäß § 18 AVB/EPV auch die Tarifleistungen der Ergänzungsversicherung ESP in gleicher prozentualer Höhe angepasst.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB/EPV), Teil I Bedingungen.

Gültig ab 07.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif ESP
Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Besondere Hinweise:

- Der Beitrag zur ergänzenden Pflegeversicherung kann im Rahmen der Höchstsatzes für Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden.

Was ist im Versicherungsfall zu tun?

- Bitte rufen Sie uns an:

  24-Stunden-Kundenservice: 0 180 3 – 55 66 22
  (9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif) oder schreiben Sie uns, wenn Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Wir sagen Ihnen dann genau, was zu tun ist.

21001991

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Häusliche Pflegeversicherung

Teil II: Tarif EHP

Tarif/Klasse	EHP 50
A. Leistungen des Versicherers	
1. Allgemeines	Die für einen Kalendermonat zu zahlenden Leistungen werden nach Maßgabe der Einstufung durch die soziale oder private Pflegepflichtversicherung bemessen.
2. Häusliche Pflegehilfe durch Pflege-Fachkräfte	Je Kalendermonat werden ab — 1. Juli 2008 — 1. Januar 2010 — 1. Januar 2012 a) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I — 210,00 Euro — 220,00 Euro — 225,00 Euro b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II — 490,00 Euro — 520,00 Euro — 550,00 Euro c) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III — 735,00 Euro — 755,00 Euro — 775,00 Euro gezahlt. In besonders gelagerten Fällen kann zur Vermeidung von Härten versicherter Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz für weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Höchstbetrag von 959,00 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.
3. Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Helfer	3.1 Je Kalendermonat werden ab — 1. Juli 2008 — 1. Januar 2010 — 1. Januar 2012 a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I — 107,50 Euro — 112,50 Euro — 117,50 Euro b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II — 210,00 Euro — 215,00 Euro — 220,00 Euro c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III — 337,50 Euro — 342,50 Euro — 350,00 Euro gezahlt. Soweit Häusliche Pflegehilfe im Kalendermonat sowohl durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Helfer **als auch** durch Pflege-Fachkräfte in Anspruch genommen wird, werden die für Häusliche Pflegehilfe durch Pflege-Fachkräfte (Abschnitt A. 2.) vorgesehenen Beträge gezahlt. Soweit im Kalendermonat sowohl teilstationäre als auch häusliche Pflege in Anspruch genommen wird, werden die für teilstationäre Pflege (Abschnitt A. 6.) vorgesehenen Beträge gezahlt. 3.2. Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 10,50 Euro, in Pflegestufe III bis zu 15,50 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Absatz 16 AVB/EPV) werden für die Beratung bis zu 10,50 Euro erstattet.
4. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	Die Erstattung ist im Einzelfall ab 1. Juli 2008 auf 735,00 Euro, ab 1. Januar 2010 auf 755,00 Euro und ab 1. Januar 2012 auf 775,00 Euro je Kalenderjahr begrenzt, wenn die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß Abschnitt A.3. des Tarifs begrenzt. Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe der in Satz 1 genannten Beträge.
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegemittel-Verzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 AVB/EPV erfüllt sind und die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel und technische Hilfen grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Hilfsmittel und technische Hilfen, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege sondern überwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.
5.1 Technische Pflegehilfsmittel	Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird der in der Pflege-Pflichtversicherung für technische Pflegehilfsmittel vorgesehene Selbstbehalt erstattet. Das gilt nicht, wenn die versicherte Person die in der Pflege-Pflichtversicherung vorgesehene leihweise Überlassung von Pflegehilfsmitteln ohne zwingenden Grund ablehnt.
5.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Aufwendungen von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln werden bis zu 15,50 Euro je Kalendermonat erstattet.
5.3 Verbesserung des Wohnumfeldes	Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 1.278,50 Euro je Maßnahme begrenzt.
6. Teilstationäre Pflege	Je Kalendermonat werden ab — 1. Juli 2008 — 1. Januar 2010 — 1. Januar 2012 a) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I — 210,00 Euro — 220,00 Euro — 225,00 Euro b) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II — 490,00 Euro — 520,00 Euro — 550,00 Euro c) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III — 735,00 Euro — 755,00 Euro — 775,00 Euro gezahlt. Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück erstattungsfähig. Abweichend von § 4 Abs. 8 Satz 5 AVB/EPV sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei teilstationärer Pflege im Rahmen der tariflichen Höchstsätze erstattungsfähig.

7. Kurzzeitpflege	Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen für vier Wochen im Kalenderjahr 735,00 Euro ab 1. Juli 2008 755,00 Euro ab 1. Januar 2010 775,00 Euro ab 1. Januar 2012 ersetzt. Abweichend hiervon werden die Aufwendungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen entsprechend § 4 Abs. 12 Satz 3 AVB/EPV erstattet. Enthalten diese Aufwendungen Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, ohne gesondert ausgewiesen zu werden, so besteht Anspruch auf Erstattung in Höhe von 60 vom Hundert.
8. Zusatzleistungen	An den Versicherten wird bei Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (s. A.3.) ein Pflegegeld gezahlt in Höhe von 50% der in der Pflegeversicherung zu zahlenden Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson (s. § 4 Abs. 13 MB/PPV 2009). Den Nachweis über die gezahlten Sozialleistungen hat der Versicherungsnehmer – oder vertretungsweise die Pflegehilfe – zu erbringen.
9. Zusätzliche Betreuungsleistungen	Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen a) der teilstationären Pflege, b) der Kurzzeitpflege, c) der Pflegekäfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 6 AVB/EPV, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind, e) der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die durch die Pflegeberatung gemäß § 4 Abs. 18 MB/PPV vermittelt worden sind, werden bis zu 50,– Euro (Grundbetrag) oder 100,– Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3 MB/PPV) festgelegt. Die Beträge können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderhalbjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.
10. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen	Angehörige eines Pflegebedürftigen können sich bis zu 6 Monaten von der Arbeit freistellen lassen, um sich um die Pflege zu kümmern – ein Anspruch auf Lohnfortzahlung besteht während dieser Zeit nicht. Die pflegende Person erhält aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung während der Pflegezeit in den Fällen, in denen keine anderweitige Absicherung(smöglichkeit) – insbesondere Familienversicherung – besteht, einen Beitragszuschuss zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Sofern dieser Zuschuss nicht den gesamten Beitrag zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung abdeckt, leistet der Tarif EHP 50 weitere 50% des aus der Pflegepflichtversicherung gezahlten Zuschusses, jedoch aus allen versicherten Stufen EHP 10 – EHP 100 nicht mehr als der tatsächlich zu tragende Eigenanteil nach anderweitigen Zuschüssen.
B. Dynamik	Der Versicherer beobachtet jährlich die Kostenentwicklung in allen Pflegebereichen und bietet bei entsprechender Steigerung der Kosten ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung der versicherten Leistungssätze an. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise oder ganz anzunehmen. Erhöhungsangebote unterbleiben, wenn der Versicherungsnehmer die Erhöhung zweimal abgelehnt hat. Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt. Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend. Werden die Leistungen der Pflegepflichtversicherung nach § 1 Abs. 10 MB/PPV i. V. m. § 30 Pflegepflichtgesetz angepasst, so werden gemäß § 18 AVB/EPV auch die Tarifleistungen der Ergänzungsversicherungen EHP in gleicher prozentualer Höhe angepasst.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB/EPV), Teil I Bedingungen.

Gültig ab 07.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif EHP
Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Besondere Hinweise:

- Die Leistungen des Tarifs EHP ergänzen die Pflegeversicherung um den versicherten Prozentsatz.
- Der Beitrag zur ergänzenden Pflegeversicherung kann im Rahmen der Höchstsatzes für Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden.

Was ist im Versicherungsfall zu tun?

- Bei anstehender Pflege helfen wir Ihnen gerne. Unser 24-Stunden-Kundenservice: 0 180 3 – 55 66 22 (9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif) steht Ihnen rund um die Uhr zur Verfügung. Neben dem telefonischen Service helfen wir Ihnen auch zu einer Pflegeberatung bei sich zu Hause. Das gibt Ihnen Sicherheit und Orientierungshilfe in Ihrer Situation und bei anstehenden Entscheidungen.

21001980
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Stationäre Pflegeversicherung

Teil II: Tarif ESP

Tarif/Klasse	ESP 50
1. Leistungen des Versicherers 1.1 Vollstationäre Pflege	Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung und für medizinische Behandlungspflege unabhängig von der Pflegestufe je Kalendermonat in Höhe von 735,00 Euro ab 1. Juli 2008 755,00 Euro ab 1. Januar 2010 775,00 Euro ab 1. Januar 2012 erstattet. Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen je Kalendermonat bis zu 875,00 Euro ab 1. Juli 2008 912,50 Euro ab 1. Januar 2010 959,00 Euro ab 1. Januar 2012 ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange aufgrund gesetzlicher Vorschriften der Pflegeplatz für ihn freigehalten wird. Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl dies nicht erforderlich ist, erhalten sie einen Zuschuss: ab 1.7.2008 / ab 1.1.2010 / ab 1.1.2012 bei Pflegestufe I in Höhe von 210,00 Euro / 220,00 Euro / 225,00 Euro bei Pflegestufe II in Höhe von 490,00 Euro / 520,00 Euro / 550,00 Euro bei Pflegestufe III in Höhe von 735,00 Euro / 755,00 Euro / 775,00 Euro Abweichend von § 4 Abs. 12 Satz 2 AVB/EPV sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege im Rahmen der tariflichen Höchstsätze gem. Nr. 1 des Tarifes erstattungsfähig.
1.2 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen werden die Aufwendungen gemäß Abschnitt 1.1 mit einem Betrag in Höhe von 10 v.H. des nach § 93 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 128,00 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise nicht als Tage des vollstationären Pflege.
1.3 Allgemeines	Werden die versicherten Höchstsätze der Leistungen durch die nachgewiesenen Kosten, die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleiben, nicht zu 100% in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer die Differenz zwischen nachgewiesenen Kosten und versicherten Höchstsätzen zusätzlich als Pflegegeld.
2. Dynamik	Der Versicherer beobachtet jährlich die Kostenentwicklung in allen Pflegebereichen und bietet bei entsprechender Steigerung der Kosten ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung der versicherten Leistungssätze an. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise oder ganz anzunehmen. Erhöhungsangebote unterbleiben, wenn der Versicherungsnehmer die Erhöhung zweimal abgelehnt hat. Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungschutzes, wird vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt. Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend. Werden die Leistungen der Pflegepflichtversicherung nach § 1 Abs. 10, Satz 3 MB/PPV 2008 i. V. m. § 30 Pflegepflichtgesetz angepasst, so werden gemäß § 18 AVB/EPV auch die Tarifleistungen der Ergänzungsversicherung ESP in gleicher prozentualer Höhe angepasst.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB/EPV), Teil I Bedingungen.

Gültig ab 07.2008

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif ESP
Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

Besondere Hinweise:

- Der Beitrag zur ergänzenden Pflegeversicherung kann im Rahmen der Höchstsatzes für Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden.

Was ist im Versicherungsfall zu tun?

- Bitte rufen Sie uns an:
  24-Stunden-Kundenservice: 0 180 3 – 55 66 22
  (9 Cent je angefangene Minute aus dem deutschen Festnetz, ggf. abweichender Mobilfunktarif) oder schreiben Sie uns, wenn Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Wir sagen Ihnen dann genau, was zu tun ist.

21003745

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil 1: Allgemeine Bedingungen

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem im Ausland unvorhersehbar eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

(4) Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.

(5) Versicherungsfähig sind, soweit der Tarif keine abweichende Regelung enthält, Personen die nur vorübergehend ins Ausland reisen. Die Versicherungsfähigkeit von Ausländern, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, richtet sich nach besonderen Bedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Der Beitragszahlung steht die Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung gleich.

(2) Auslandreisen, bei denen die Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland bereits vor dem Tag des Versicherungsbeginns erfolgte, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

(3) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag kommt durch Annahme eines Versicherungsantrages durch den Versicherer zustande. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen. Die Annahme des Versicherungsantrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines. Wird die Versicherung auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Einzahlungsvordruck beantragt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags beim Versicherer. Bereits mit dem Tag der Einzahlung des Beitrags (Datumstempel der Post, des Geldinstituts bzw. der Buchungsstelle ist maßgebend) als zustandegekommen. Der von einer dieser Zahlstellen dem Auftraggeber ausgehändigte Zahlungsbeleg gilt als Versicherungsschein.

(2) Hat der Versicherungsnehmer im Versicherungsantrag den Beitrag nach dem Tarif unzutreffend angegeben, so gilt bei Beitragszahlung im Lastschrifteinzugsverfahren (§ 8 Abs. (2)) der Versicherungsantrag als mit tariflichem Beitrag gestellt.

(3) Die Dauer des Versicherungsvertrages ergibt sich aus dem Tarif. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Stirbt der Versicherungsnehmer, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der mitversicherten Person(en) unberührt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet wurden.

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

(4) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Ist Ersatz von Rücktransport- oder Überführungskosten vorgesehen, gilt folgendes:

a) Der Rücktransport eines Erkrankten muss medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und grundsätzlich an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen.

b) Überführungskosten sind die beim Tode einer versicherten Person während der Reise entstandenen unmittelbaren Kosten einer Überführung an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz. Anstelle von Überführungskosten können Bestattungskosten im Ausland bis zu der im Tarif für Überführungskosten genannten Höhe übernommen werden. Überführungs- und Bestattungskosten sind nicht erstattungsfähig, wenn die Behandlungskosten für die/den zum Tode führende(n) Erkrankung/Unfall nicht erstattungsfähig gewesen sind oder gewesen wären.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die entweder im Aufenthaltsland oder in der Bundesrepublik Deutschland 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 angewendet 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;

b) für bei der Reise durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursachte Krankheiten/Unfälle mitsamt deren Folgen oder Todesfälle;

c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;

d) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;

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

f) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;

g) für Hilfsmittel;

h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;

i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

j) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet.

k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

l) für Behandlungen wegen Sterilität und künstliche Befruchtung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessenen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen; einzureichende Nachweise

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z.B. dem in § 5 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.

(2) Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch den in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(3) Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransportes ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.

(4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

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

(6) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(7) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.

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

(9) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG; s. Anhang).

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Ende der Reise.

(2) Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Einmalbetrag. Er ergibt sich aus dem Tarif und ist spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

(2) Der Tarif kann Beitragszahlung im Lastschrifteinzugsverfahren vorschreiben. Als Beitragszahlung gilt dann die rechtsgültige Erteilung der Abbuchungsermächtigung, wenn danach der Versicherer den Beitrag abbuchen konnte.

§ 8a Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers – z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung – ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif, bei dem das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Die Beiträge werden, soweit nach dem Ergebnis der Überprüfung erforderlich, auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen angepasst. Die Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Beitragserhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 8b Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können, sofern das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres (s. Tarif), auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen geändert werden, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen

a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

b) im Falle der gerichtlich festgestellten Unwirksamkeit von Bedingungen, wenn deren Ersetzung zur Fortsetzung des Vertrages notwendig ist,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie die §§ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 Abs. 2 AVB-R betrifft.

(2) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(3) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Bedingungsanpassung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen; jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zu Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 – 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 14 Gerichtsstand

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

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

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

Gültig ab 01.2008

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu AVB-R

§ 14

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges des 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 befreit wird, ist unwirksam.

§ 28

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllende 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.

§ 82

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

(2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.

(3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung 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.

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

§ 86

(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.

21003744

ARD – Auslandsreise-Versicherung Dauerpolice
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil II: Krankheitskostentarif für Behandlung bei Reisen

Tarif	ARD
A. Leistungen des Versicherers	I. Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Arznei- und Verbandmittel; 3. Heilmittel; 4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik; 5. Krankenhausbehandlung; 6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; 7. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen.
	II. Darüber hinaus erstattet der Versicherer für 1. Rücktransport aus Europa bis 5.000,– Euro aus dem übrigen Ausland bis 10.000,– Euro 2. Überführung aus Europa bis 5.000,– Euro aus dem übrigen Ausland bis 10.000,– Euro Alle Rücktransporte und Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden. Als erstattungsfähig gelten nur die Kosten von Rücktransporten, die medizinisch notwendig sind und ärztlich angeordnet wurden, und für die der Versicherer vor dem Rücktransport eine Leistungszusage erteilt hat.
	III. Krankenhaustagegeld wird anstelle des Kostenersatzes bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geleistet, wenn insoweit keine Kosten geltend gemacht werden, in Höhe von täglich 25,– Euro
B. Beiträge und Gebühren	1. Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr. 2. Bei Eintritt in die nächst höhere Altersgruppe erhöht sich mit der nächsten Beitragsfälligkeit automatisch der Tarifbeitrag. 3. Der Beitrag wird im Lastschrifteinzugsverfahren erhoben (siehe § 8 Abs. 2 AVB-R). 4. Ist die Einzugsermächtigung durch Verschulden des Versicherungsnehmers nicht vollziehbar, kann der Versicherer die Erstattung der ihm insoweit entstandenen Bankauslagen verlangen. **Altersgruppe** — **jährlicher Beitrag pro Person** 0 bis 65 Jahre — 10,– Euro 66 bis 69 Jahre — 30,– Euro 70 Jahre und darüber — 50,– Euro
C. Sonstige Bestimmungen	1. Der Versicherungsschutz gilt jeweils für die ersten 42 Tage *) aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen. Endet das Versicherungsjahr während der ersten 42 Tage einer solchen Reise, gilt der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. Die Nachleistung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit gemäß § 7 Abs. 2 AVB-R gilt auch bei Ende des Versicherungsschutzes. 2. Das Versicherungsverhältnis beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung bezeichneten Zeitpunkt und wird für zwei Jahre fest geschlossen. Es verlängert sich nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit stillschweigend weiter von Jahr zu Jahr, wenn es durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer nicht vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. 3. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Tage des Versicherungsbeginns und endet mit dem gleichen Monat des Folgejahres. 4. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können das Versicherungsverhältnis zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit oder zum Ende eines jeden darauffolgenden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. 5. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Gültig in Verbindung mit Teil I AVB-R Teil I Allgemeine Bedingungen

Gültig ab 01.2008

*) Bei längeren Reisen können die zusätzlichen Tage nach Tarif ARE versichert werden.

21003740

ARE – Auslandsreise-Versicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil II: Krankheitskostentarif für Behandlung bei Reisen

Tarif	ARE
A. Leistungen des Versicherers	I. Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Arznei- und Verbandmittel; 3. Heilmittel; 4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik; 5. Krankenhausbehandlung; 6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; 7. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen.
	II. Darüber hinaus erstattet der Versicherer für 1. Rücktransport aus Europa bis 5.000,– Euro aus dem übrigen Ausland bis 10.000,– Euro 2. Überführung aus Europa bis 5.000,– Euro aus dem übrigen Ausland bis 10.000,– Euro Alle Rücktransporte und Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden. Als erstattungsfähig gelten nur die Kosten von Rücktransporten, die medizinisch notwendig sind und ärztlich angeordnet wurden, und für die der Versicherer vor dem Rücktransport eine Leistungszusage erteilt hat.
	III. Krankenhaustagegeld wird anstelle des Kostenersatzes bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geleistet, wenn insoweit keine Kosten geltend gemacht werden, in Höhe von täglich 25,– Euro.
B. Beiträge und Gebühren	1. Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr. 2. Der Beitrag pro Antragstellung aufgegebenen Reisetag beträgt

Altersgruppe	für die ersten 30 Reisetage je	für die ersten 180 Reisetage je	für die folgenden Reisetage
0 bis 65 Jahre	0,60 Euro	/	1,20 Euro
66 bis 69 Jahre	/	2,40 Euro	2,90 Euro
70 Jahre und darüber	/	5,30 Euro	6,40 Euro

3. Der Mindestbeitrag pro Vertragsabschluss beträgt 4,– Euro.
4. Der Beitrag wird im Lastschrifteinzugsverfahren erhoben (siehe § 8 Abs. 2 AVB-R).
5. Ist die Einzugsermächtigung durch Verschulden des Versicherungsnehmers nicht vollziehbar, kann der Versicherer die Erstattung der ihm insoweit entstandenen Bankauslagen verlangen.

C. Sonstige Bestimmungen	1. Es können maximal die ersten 365 Reisetage versichert werden. 2. Personen, die mehr als 90 Reisetage absichern, können frühestens nach einem 90-tägigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland erneut den Tarif ARE abschließen. Der Aufenthalt ist vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Dies gilt auch bei einer erteilten Lastschrifteinzugsermächtigung!
D. Besondere Bedingungen für Verlängerungen von bestehendem Versicherungsschutz	1. Der Tarif ARE kann auch ergänzend zu Tarifen der AXA Krankenversicherung AG abgeschlossen werden, die eine Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen ins Ausland vorsehen (Tarif ARD, EG Tarife). Hiervon ausgeschlossen ist bestehender Versicherungsschutz nach Tarif ARE und Tarife, die Versicherungsschutz bei Reisen in die Bundesrepublik Deutschland vorsehen. Der ergänzende Abschluss des Tarifs ARE zum Versicherungsschutz anderer Versicherer ist nicht möglich.
	Für den ergänzenden Versicherungsschutz gilt: a) Wenn in dem bestehenden Tarif für einen im Ausland eingetretenen Versicherungsfall Leistungspflicht besteht, gilt dies auch für den vereinbarten Zeitraum der ergänzend abgeschlossenen ARE-Versicherung. Punkt C. 3 bleibt von dieser Regelung unberührt. b) Für nach Tarif ARE versicherte Reisetage besteht kein Anspruch auf Leistungen nach dem bestehendem Tarif (Nachleistungspflicht).

Altersgruppe	bis 180 Verlängerungstag	181 bis 365 Verlängerungstag
0 bis 65 Jahre	1,20 Euro	1,20 Euro
66 bis 69 Jahre	2,40 Euro	2,90 Euro
70 Jahre und darüber	5,30 Euro	6,40 Euro

Der Gesamtzeitraum darf 365 Tage nicht überschreiten.

Gültig in Verbindung mit AVB-R Teil I Allgemeine Bedingungen

Gültig ab 01.2008

VG309
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslands-Reisekrankenversicherung RKJE

Stand: 07.2008

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Im Rahmen dieser Auslands-Reisekrankenversicherung bieten wir Ihnen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland (Ausland) weltweiten Versicherungsschutz für die im Ausland medizinisch notwendig werdende unaufschiebbare Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und anderer im Vertrag genannte Ereignisse (Versicherungsfall). Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungen nicht mehr erforderlich sind. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburt und Tod.

Wird eine stationäre Behandlung notwendig, können Sie anstelle des Ersatzes von Aufwendungen die Zahlung von Krankenhaustagegeld wählen, § 4 (2a).

(2) Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, die sich nicht fortdauernd auf Reisen befinden.

(3) Sie und jede versicherte Person haben Versicherungsschutz ab Grenzübertritt ins Ausland. Versicherungsschutz besteht für alle Auslandsreisen mit einer Dauer von nicht mehr als 62 Tagen. Bei einem darüber hinausgehenden Auslandsaufenthalt haben Sie Versicherungsschutz nur für die ersten 62 Tage der Reise.

(4) Damit wir unsere Leistungspflicht prüfen können, sind Sie im Leistungsfall auf Anforderung verpflichtet, uns Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise nachzuweisen.

§ 2 Dauer und Abschluss des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst für die Dauer eines Jahres abgeschlossen und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht von Ihnen oder uns zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt wird.

(2) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Aushändigung des Versicherungsscheines zustande.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Unabhängig vom Zeitpunkt des Vertragsschlusses haben Sie Versicherungsschutz für eine Auslandsreise frühestens mit dem Tag des Eingangs des Antrages und der Einzugsermächtigung beim Versicherer, jedoch nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.

Kann der erste Beitrag trotz erteilter Einzugsermächtigung nicht eingezogen werden, entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, sind wir nicht leistungspflichtig.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Sie erhalten 100%ige Erstattung der nachfolgend genannten Aufwendungen.

(1) Bei ambulanter Heilbehandlung für:

a) Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen von Ärzten, die nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind, inkl. Transport des Versicherten oder Wegegelder des Arztes für die Entfernung bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.

b) Arznei- und Verbandmittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle (Apotheke) bezogen werden. Nicht erstattet werden Lifestyle-Produkte, wie z.B. Potenz-, Haarwuchs-, Gewichtsreduktionspräparate, Nähr- und Stärkungsmittel oder kosmetische Präparate. Diese gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden.

c) Folgende Heilmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms.

d) Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausführung.

(2) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung für:

a) Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen inkl. Unterkunft und Verpflegung in einem im Aufenthaltsland anerkannten Krankenhaus. Anstelle des Kostenersatzes für die stationäre Behandlung können Sie auch die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes von 30 EUR pro Tag wählen.

b) Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.

c) Medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland.

Voraussetzung hierfür ist, dass Gefahr für Leib oder Leben der versicherten Person besteht, im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und der Rücktransport deshalb von dem behandelnden Arzt im Ausland angeordnet wird oder vorher von uns oder einer von uns beauftragten Stelle genehmigt worden ist.

Darüber hinaus erstatten wir bei einem medizinisch notwendigen Rücktransport die für eine Begleitperson entstehenden Kosten, wenn für diese zum Zeitpunkt des Rücktransportes bei uns ebenfalls Versicherungsschutz für Rücktransport besteht.

(3) Bei zahnärztlicher Heilbehandlung für:

Schmerzstillende Zahnbehandlung, einschließlich notwendiger Füllungen in einfacher Ausführung sowie die Reparatur von Prothesen.

Hierzu zählen nicht die Aufwendungen für die Neufertigung von Zahnersatz und Zahnkronen.

(4) Überführungs- und Bestattungskosten im Todesfall:

a) Verstirbt eine versicherte Person im Ausland, übernehmen wir die Kosten für eine Überführung an den Heimatort in Deutschland bis zu einem Betrag von 10.000 EUR.

b) Anstelle der Überführung übernehmen wir die erforderlichen Kosten einer Beerdigung oder einer Feuerbestattung am Sterbeort bis maximal 5.000 EUR.

Notruftelefon: 0 98 41/409-370

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für:

a) Heilbehandlungen, die entweder der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Auslandsreise waren;

b) Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, die Auslandsreise wurde ausschließlich wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen;

c) Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht sind;

d) auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen;

e) Entbindung und Schwangerschaftsabbruch;

Wir leisten aber in jedem Fall für die medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und Fehlgeburten;

f) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;

g) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, soweit es sich nachweislich nicht um eine Behandlung nach § 5 (1) f) handelt;

h) wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel; es sei denn, die Methode oder die Anwendung des Arzneimittels wird im Aufenthaltsland an wissenschaftlichen Hochschulen gelehrt oder in öffentlichen Krankenhäusern üblicherweise praktiziert;

i) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern, Kinder oder Lebenspartner; nachgewiesene Sachkosten werden im vereinbarten Umfang erstattet;

j) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;

k) durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so wird die Erstattung auf einen angemessenen Betrag herabgesetzt. Das gleiche gilt bei der Anwendung von Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die im Aufenthaltsland weder an wissenschaftlichen Hochschulen gelehrt, noch in dort öffentlichen Krankenhäusern üblicherweise praktiziert werden.

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Wir erbringen unsere Leistung nach Vorlage der erforderlichen Originalbelege und sind berechtigt, Zahlungsnachweise zu verlangen. Die Originalbelege werden unser Eigentum.

Wurden die Originalbelege einer anderen Institution zur Erstattung vorgelegt, so genügen Zweitschriften oder Kopien der jeweiligen Rechnung, wenn darauf die Höhe der Erstattung mit einem Original-Erstattungsstempel vermerkt ist.

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

Alle Belege müssen Namen und Adresse des Ausstellers sowie den vollständigen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person enthalten; ferner die vollständige Krankheitsbezeichnung und die erfolgten Behandlungsmaßnahmen mit den jeweiligen Behandlungsdaten. Zur Erstattung von Kosten für Arznei- und Verbandmittel benötigen wir auch die entsprechende Arztrechnung.

Voraussetzung für die Erstattung von Heilmittelrechnungen ist die Vorlage der Verordnung.

Wünschen Sie anstatt Erstattung der Kosten für eine stationäre Behandlung ein Krankenhaustagegeld, benötigen wir eine Bescheinigung des Krankenhauses, aus der der vollständige Name der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie Beginn und Ende der stationären Behandlung ersichtlich ist.

Für die Erstattung von Rücktransportkosten ist neben den Belegen über die Kosten des Rücktransportes die ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit erforderlich, wenn wir nicht zuvor die Übernahme der Kosten zugesagt haben.

Überführungs- und Bestattungskosten belegen Sie bitte durch entsprechende Rechnungen, die amtliche Sterbeurkunde und die ärztliche Bescheinigung zur Todesursache.

(2) Die geforderten Nachweise müssen uns spätestens 6 Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach Beendigung der Reise, dem Rücktransport, der Überführung oder Bestattung vorliegen. Sehen Sie hierzu auch § 9 (3).

(3) Benennen Sie eine versicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Ist der Rechnungsbetrag in ausländischer Währung ausgewiesen, so erstatten wir in Euro. Maßgeblich ist der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank zum Zeitpunkt des Eingangs der Belege bei uns. Es sei denn Sie weisen uns mit Bankbeleg nach, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

(5) Wünschen Sie eine Überweisung von Versicherungsleistungen in Staaten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder mittels besonderer Überweisungsformen, werden wir die hierfür entstehenden Kosten von der Leistung abziehen.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können Sie ohne unsere Zustimmung weder abtreten, noch verpfänden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz für eine Auslandsreise endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Ablauf des Versicherungsvertrages und vor dessen Ablauf mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes. Er endet zudem mit dem Ablauf des 62igsten Tages eines Auslandsaufenthaltes.

(2) Der Versicherungsschutz verlängert sich bei nachgewiesener Transportunfähigkeit über den 62igsten Tag hinaus, bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit angetreten werden kann bzw. der sich unmittelbar anschließende Rücktransport beendet ist.

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und kann nur im Wege einer vollziehbaren Einzugsermächtigung gezahlt werden. Der Beitrag wird am 1.Tag des jeweiligen Versicherungsjahres fällig und im Rahmen der von Ihnen zu erteilenden Einzugsermächtigung von Ihrem Konto abgebucht.

(2) Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter.

Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsjahr beginnt, und dem Geburtsjahr. Wird zu Beginn eines neuen Versicherungsjahres die nächsthöhere Altersgruppe erreicht, ist ab diesem Zeitpunkt der Beitrag dieser Altersgruppe zu zahlen.

Der Beitrag beträgt pro Versicherungsjahr nach Tarif

Altersgruppe	RKJE pro versicherter Person
bis 60	9,12 EUR
von 61 bis 70	17,28 EUR
ab 71	33,60 EUR

§ 9 Mitwirkungspflichten

(1) Sie und jede andere versicherte Person sind verpflichtet, uns auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfanges der Leistungspflicht erforderlich ist. Jede versicherte Person ist im Falle der Geltendmachung von Leistungen verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(2) Wir sind berechtigt, in allen Fällen, in denen Sie Leistungen geltend machen, Informationen von Ihren Ärzten einzuholen. Insoweit sind Sie und jede versicherte Person verpflichtet, die Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden oder die erforderlichen ärztlichen Informationen eigenständig einzuholen und uns zu überlassen.

(3) Die geforderten Nachweise sind uns innerhalb von 6 Monaten nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach Beendigung der Reise, dem Rücktransport, der Überführung oder Bestattung einzureichen.

§ 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Wenn Sie oder eine versicherte Person eine der in den §§ 1 (4), 6 (1) und (2) sowie 9 (1) – (3) beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat.

§ 11 Aufrechnung

Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Sonstige Bestimmungen

§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen

Ihre Willenserklärungen und Informationen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir in schriftlicher Form.

§ 13 Verjährung und Gerichtsstand

(1) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist.

(2) Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

(3) Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 14 Notrufservice

Wir verfügen über einen 24-Stunden-Notrufservice. Dort können Fragen zum Leistungsumfang vor, während und nach der Reise geklärt werden. Benötigen Sie oder eine versicherte Person einen Rücktransport, empfehlen wir, sich wegen der Kostenübernahme und Organisation mit dem Notrufservice in Verbindung zu setzen.