

# Produktinformationsblatt

Tarife WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50, ZG70, ZGB, ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, TA, 10, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Nachfolgend geben wir Ihnen einen ersten Überblick über den angebotenen Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie, dass die Informationen des Produktinformationsblattes nicht abschließend sind und mit dieser Zusammenstellung kein vollständiger Überblick über den Vertragsinhalt gegeben werden kann. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungs- mit Tarifbedingungen und dem Tarif sowie ggf. weiteren getroffenen Vereinbarungen.

## 1. Art des angebotenen Versicherungsschutzes

Tarife WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50, ZG70, ZGB, ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, 10

Bei den unterbreiteten Vorschlägen handelt es sich um einen ergänzenden Krankenversicherungsschutz für gesetzlich Krankenversicherte.

### Tarif TA

Bei dem unterbreiteten Vorschlag handelt es sich um eine Krankentagegeldversicherung, die der Absicherung des Verdienstausfalls wegen Arbeitsunfähigkeit in Folge von Krankheit oder Unfall dient.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Bei den unterbreiteten Vorschlägen handelt es sich um eine ergänzende Pflegekrankenversicherung.

## 2. Ihr versichertes Risiko

Tarife WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50, ZG70, ZGB, ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20

Die Krankheitskostenversicherung sieht im vertraglichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen vor.

### Tarif TA

Die Krankentagegeldversicherung bietet im vertraglichen Umfang Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall wegen Krankheit oder Unfallfolgen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird.

### Tarif 10

Die Krankenhaustagegeldversicherung sieht bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung im vertraglichen Umfang die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes vor.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Die Pflegeergänzungsversicherung sieht bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im vertraglichen Umfang die Zahlung eines monatlichen Pflegegeldes in der vereinbarten Höhe vor.

### Tarif PSU

Der Tarif sieht bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls eine Einmalleistung in vereinbarter Höhe vor, wenn die versicherte Person mindestens der Pflegestufe 1 zuzuordnen ist.

## 3. Ihr Versicherungsschutz

Wesentliche und beispielhafte Leistungsmerkmale des angebotenen Krankenversicherungsschutzes entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Tarifbeschreibung.

### Tarif WG

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Versichert sind - falls die gesonderte tarifliche Wartezeit erfüllt ist bzw. die erforderliche Dioptrienerhöhung vorliegt - Aufwendungen für Brillen/Kontaktlinsen bis zu 170 Euro. Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für die in der Tarifbeschreibung aufgeführten großen Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Krankenfahrräder) bis zu einem Betrag von 550 Euro jährlich. Voraussetzung für den Aufwendungsersatz bei großen Hilfsmitteln ist eine Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Versichert ist auch ein Kurtagegeld in Höhe von 14 Euro und bei Auslandsreisen der krankheitsbedingte Aufwendungsersatz für einen Aufenthaltszeitraum bis zu 45 Tagen. Bei Auslandsreisen werden, unter Wegfall der sonstigen Wartezeiten des Tarifs, Kosten ärztlicher (auch zahnärztlicher) ambulanter und stationärer Heilbehandlung für im Ausland unvorhergesehen eintretende Krankheiten sowie für Krankenrücktransport und Bestattung (im Ausland) / Überführungen erstattet. Nicht im Versicherungsschutz für Auslandsreisen enthalten sind insbesondere Aufwendungen für die Neuanfertigung von Zahnersatz und für Hilfsmittel. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes WG entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

### Tarif WGZ2

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die bei Vertragsbeginn mindestens 55 Jahre alt sind. Versichert sind - falls die gesonderte tarifliche Wartezeit erfüllt ist bzw. die erforderliche Dioptrienerhöhung vorliegt - Aufwendungen für Brillen/Kontaktlinsen bis zu 170 Euro. Er leistet Aufwendungsersatz für Zahnersatzleistungen in Höhe von 20% des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages. Inlays gelten nicht als Zahnersatz. Versichert ist zudem bei Auslandsreisen der krankheitsbedingte Aufwendungsersatz für einen Aufenthaltszeitraum bis zu 45 Tagen. Bei Auslandsreisen werden, unter Wegfall der sonstigen Wartezeiten des Tarifs, Kosten ärztlicher (auch zahnärztlicher) ambulanter und stationärer Heilbehandlung für im Ausland unvorhergesehen eintretende Krankheiten sowie für Krankenrücktransport und Bestattung (im Ausland) / Überführungen erstattet. Nicht im Versicherungsschutz für Auslandsreisen enthalten sind insbesondere Aufwendungen für die Neuanfertigung von Zahnersatz und für Hilfsmittel. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes WGZ2 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

### Tarif WGZ3

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die bei Vertragsbeginn mindestens 55 Jahre alt sind. Versichert sind - falls die gesonderte tarifliche Wartezeit erfüllt ist bzw. die erforderliche Dioptrienerhöhung vorliegt - Aufwendungen für Brillen/Kontaktlinsen bis zu 170 Euro. Der Tarif umfasst ein Kurtagegeld in Höhe von 14 Euro. Er leistet Aufwendungsersatz für Zahnersatzleistungen in Höhe von 30% des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages. Inlays gelten nicht als Zahnersatz. Versichert ist zudem bei Auslandsreisen der krankheitsbedingte Aufwendungsersatz für einen Aufenthaltszeitraum bis zu 45 Tagen. Bei Auslandsreisen werden, unter Wegfall der sonstigen Wartezeiten des Tarifs, Kosten ärztlicher (auch zahnärztlicher) ambulanter und stationärer Heilbehandlung für im Ausland unvorhergesehen eintretende Krankheiten sowie für Krankenrücktransport und Bestattung (im Ausland) / Überführungen erstattet. Nicht im Versicherungsschutz für Auslandsreisen enthalten sind insbesondere Aufwendungen für die Neuanfertigung von Zahnersatz und für Hilfsmittel. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes WGZ3 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

### Tarif WGZ4

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die bei Vertragsbeginn mindestens 55 Jahre alt sind. Versichert sind - falls die gesonderte tarifliche Wartezeit erfüllt ist bzw. die erforderliche Dioptrienerhöhung vorliegt - Aufwendungen für Brillen/Kontaktlinsen bis zu 170 Euro. Der Tarif umfasst ein Kurtagegeld in Höhe von 14 Euro. Er leistet Aufwendungsersatz für Zahnersatzleistungen einschließlich Inlays in Höhe von 40% des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages. Versichert sind auch Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der durch diese verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel in Höhe von 80% des Rechnungsbetrages. Für diese Leistungen gelten tarifliche Erstattungshöchstgrenzen, die im ersten Kalenderjahr 100 Euro, im zweiten Kalenderjahr 200 Euro und danach jährlich 400 Euro betragen. Versichert ist zudem bei Auslandsreisen der krankheitsbedingte Aufwendungsersatz für einen Aufenthaltszeitraum bis zu 45 Tagen. Bei Auslandsreisen werden, unter Wegfall der sonstigen Wartezeiten des Tarifs, Kosten ärztlicher (auch zahnärztlicher) ambulanter und stationärer Heilbehandlung für im Ausland unvorhergesehen eintretende Krankheiten sowie für Krankenrücktransport und Bestattung (im Ausland) / Überführungen erstattet. Nicht im Versicherungsschutz für Auslandsreisen enthalten sind insbesondere Aufwendungen für die Neuanfertigung von Zahnersatz und für Hilfsmittel. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes WGZ4 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

### Tarif ZG20

Der Tarif beinhaltet für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Aufwendungsersatz für Zahnersatzleistungen in Höhe von 20% des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages. Inlays gelten nicht als Zahnersatz. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes ZG20 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

### Tarif ZG30

Der Tarif beinhaltet für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Aufwendungsersatz für Zahnersatzleistungen in Höhe von 30% des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages. Inlays gelten nicht als Zahnersatz. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes ZG30 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

### Tarif ZG50

Der Tarif beinhaltet für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Aufwendungsersatz für Zahnersatzleistungen in Höhe von 50% des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages. Inlays gelten nicht als Zahnersatz. Der erstat-

tungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes ZG50 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

#### Tarif ZG70

Der Tarif beinhaltet für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Aufwendersatz für Zahnersatzleistungen in Höhe von 70% des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages. Inlays gelten nicht als Zahnersatz. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes ZG70 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

#### Tarif ZGB

Der Tarif beinhaltet für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Aufwendersatz für Kunststofffüllungen und Inlays, zahnprophylaktische Leistungen und kieferorthopädische Behandlungen bei Kindern. Für Kunststofffüllungen und Inlays erfolgt eine Erstattung in Höhe von 80% des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse verbleibenden Rechnungsbetrages. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistung, erfolgt die Erstattung in Höhe von 70% aus dem Rechnungsbetrag. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist für Kunststofffüllungen und Inlays zusammen auf 500,- Euro in den ersten beiden Kalenderjahren und 1.000,- Euro in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt. Die Höchstbeträge für Kunststofffüllungen und Inlays gelten nicht für auf Unfälle zurückzuführende Behandlungsmaßnahmen. Für zahnprophylaktische Leistungen werden 100% des Rechnungsbetrages, max. 70,- Euro im Kalenderjahr erstattet. Die Gesamtkosten bei kieferorthopädischen Behandlungen werden bei Kindern mit einem Eintrittsalter von bis zu sechs Jahren zu 100% bis zu 1.500,- Euro, bei einem Eintrittsalter zwischen 7 und 9 Jahren bis zu 1.000,- Euro und bei einem Eintrittsalter ab 10 Jahren bis zu 500,- Euro erstattet. Zusammen mit der Leistung der GKV werden für kieferorthopädische Behandlungen jedoch nicht mehr als 100% des Rechnungsbetrages erstattet. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen nur, wenn das Kind vor Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes ZGB entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

#### Tarif ZH40

Der Tarif beinhaltet für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Aufwendersatz für Zahnersatzleistungen einschließlich Inlays in Höhe von 40% des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Versichert sind auch Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der durch diese verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel in Höhe von 80% des Rechnungsbetrages. Für diese Leistungen gelten tarifliche Erstattungshöchstgrenzen, die im ersten Kalenderjahr 100 Euro, im zweiten Kalenderjahr 200 Euro und danach jährlich 800 Euro betragen. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes ZH40 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

#### Tarif NH

Der Tarif beinhaltet Aufwendersatz für Naturheilverfahren. Er erstattet für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes einschließlich der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel 100% des Rechnungsbetrages bis zu kalenderjährlich insgesamt 1000,- EUR. Die Erstattung ist im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 100,- EUR, im zweiten Kalenderjahr auf insgesamt 200,- EUR begrenzt. Aufwendungen für Ärzte sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, Aufwendungen für Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden. Als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung. Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung, des Basistarifs oder einer beim Versicherer bestehenden Krankenzusatzversicherung oder Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften, gehen dem Leistungsanspruch aus Tarif NH vor, Ansprüche aus einer privaten Krankheitskosten-Vollversicherung gehen dem Leistungsanspruch aus Tarif NH nach. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes NH entnehmen Sie bitte der Leistungsbeschreibung (1.551/06.10).

#### Tarife AG80/AGZ

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit ihrer gesetzlichen Krankenversicherung anstelle von Sachleistungen Kostenerstattung vereinbart haben. Erstattet werden 80% des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages für ambulante ärztliche Heilbehandlung, u.a. auch für Arzneien, Heilmittel und Vorsorgeuntersuchungen. Übersteigt nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung der verbleibende Rechnungsbetrag über 1000 Euro im Jahr, wird für den darüber liegenden Anteil des Rechnungsbetrages der Erstattungssatz auf 100% erhöht. Erbringt die gesetzliche Krankenkasse keine Leistung, beträgt die Erstattung 40% des Rechnungsbetrages. Derselbe Erstattungssatz gilt ebenfalls für Heilpraktikerbehandlungen. Mit dem Zahnergänzungstarif AGZ können 80% des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung, kiefer-

orthopädische Maßnahmen und zahnprophylaktische Leistungen abgesichert werden. Erbringt die gesetzliche Krankenkasse keine Leistung, beträgt die Erstattung 40% des Rechnungsbetrages. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes AG80 (Tarif AGZ) entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

#### Tarif SG1

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Versichert sind die Wahlleistungen Einbettzimmer und privatärztliche Heilbehandlung. Falls die Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind und die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt, wird kein Kostenersatz für die Wahlleistungen gezahlt, sondern ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 48 Euro. Nimmt der Versicherte eine Wahlleistung nicht in Anspruch, wird je nach Wahlleistung ein tarifliches Krankenhaustagegeld gezahlt. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes SG1 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

#### Tarif SG2

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Versichert sind die Wahlleistungen Zweibettzimmer und privatärztliche Heilbehandlung. Falls die Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind und die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt, wird kein Kostenersatz für die Wahlleistungen gezahlt, sondern ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 36 Euro. Nimmt der Versicherte eine Wahlleistung nicht in Anspruch, wird je nach Wahlleistung ein tarifliches Krankenhaustagegeld gezahlt. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes SG2 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

#### Tarif SG10

Der Tarif ist auf Risikobasis ohne Alterungsrückstellung kalkuliert und beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Versichert sind die Wahlleistungen Einbettzimmer und privatärztliche Heilbehandlung. Falls die Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind und die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt, wird kein Kostenersatz für die Wahlleistungen gezahlt, sondern ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 48 Euro. Verzichtet der Versicherte trotz tariflichen Anspruches auf Wahlleistungen, wird je nach Wahlleistung ein tarifliches Krankenhaustagegeld gezahlt. Der Tarif enthält die Option, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung das Versicherungsverhältnis ohne erneute Gesundheitsprüfung in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung umzustellen. Eine Umstellung ist längstens bis zum 40. Lebensjahr möglich. Besteht nach dem 40. Lebensjahr weiterhin Versicherungspflicht wird das Versicherungsverhältnis automatisch in dem mit Alterungsrückstellung kalkulierten Tarif SG1 weitergeführt. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes SG10 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10) sowie den Besonderen Bedingungen der Tarife SG10 und SG20 (1.516/08.09).

#### Tarif SG20

Der Tarif ist auf Risikobasis ohne Alterungsrückstellung kalkuliert und beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Versichert sind die Wahlleistungen Zweibettzimmer und privatärztliche Heilbehandlung. Falls die Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind und die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt, wird kein Kostenersatz für die Wahlleistungen gezahlt, sondern ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 36 Euro. Verzichtet der Versicherte trotz tariflichen Anspruches auf Wahlleistungen, wird je nach Wahlleistung ein tarifliches Krankenhaustagegeld gezahlt. Der Tarif enthält die Option, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung das Versicherungsverhältnis ohne erneute Gesundheitsprüfung in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung umzustellen. Eine Umstellung ist längstens bis zum 40. Lebensjahr möglich. Besteht nach dem 40. Lebensjahr weiterhin Versicherungspflicht wird das Versicherungsverhältnis automatisch in dem mit Alterungsrückstellung kalkulierten Tarif SG2 weitergeführt. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes SG20 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10) sowie den Besonderen Bedingungen der Tarife SG10 und SG20 (1.516/08.09).

#### Tarif TA

Der Tarif leistet für Selbständige und für Arbeitnehmer zur Absicherung eines Einkommensausfalls ein Krankentagegeld in vereinbarter Höhe nach einer vereinbarten Karenzzeit ab Eintritt einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer sein als die Höchstdauer der Entgeltfortzahlung. Das Krankentagegeld wird grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit gezahlt, wobei die Zahlung spätestens bei Erlöschen des Versicherungsverhältnisses endet. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes TA entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung und den §§ 4 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach den Tarifen TA (1.513/09.08).

#### Tarif 10

Der Tarif leistet ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe. Aufnahme- und Entlassungstag werden als voller Tag gewertet. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes 10 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/06.10).

#### Tarif PS0

Der Tarif leistet bei ambulanter und/oder stationärer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0 ein monatliches Pflegegeld in jeweils vereinbarter Höhe. Sofern mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 festgestellt wird, wird der Tarif beitragsfrei gestellt. Der Tarif beinhaltet, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, bis zum 70. Le-

bensjahr alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PS0 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

#### Tarif PS1

Der Tarif leistet, bei ambulanter und/oder stationärer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 ein monatliches Pflegegeld in jeweils vereinbarter Höhe. Sofern mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 festgestellt wird, wird der Tarif beitragsfrei gestellt. Der Tarif beinhaltet, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, bis zum 70. Lebensjahr alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PS1 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

#### Tarif PS2

Der Tarif leistet bei ambulanter und/oder stationärer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 2 ein monatliches Pflegegeld in jeweils vereinbarter Höhe. Sofern mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 festgestellt wird, wird der Tarif beitragsfrei gestellt. Der Tarif beinhaltet, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, bis zum 70. Lebensjahr alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PS2 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

#### Tarif PS3

Der Tarif leistet bei ambulanter und/oder stationärer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 3 ein monatliches Pflegegeld in jeweils vereinbarter Höhe. Sofern mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 festgestellt wird, wird der Tarif beitragsfrei gestellt. Der Tarif beinhaltet, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, bis zum 70. Lebensjahr alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PS3 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

#### Tarif PSU

Der Tarif erbringt eine Einmalleistung in vereinbarter Höhe bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls, wenn die versicherte Person mindestens der Pflegestufe 1 zuzuordnen ist. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PSU entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

#### Anwartschaftsversicherung (AWV) Tarife PS0, PS1, PS2

Mit der AWV wird das Recht erworben, die in AWV vereinbarten monatlichen Pflegegelder für ambulante und/oder stationäre Pflege ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen. Die Inkraftsetzung kann zum Zeitpunkt der Vollendung des 30., des 35., des 40., des 45., des 50., des 55., des 60. und des 65. Lebensjahres durchgeführt werden. Eine Antragstellung auf Inkraftsetzung ist nicht möglich, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist. Während der Laufzeit der AWV ist der Versicherte hinsichtlich der in AWV gestellten Pflegegelder leistungsfrei. Die Anwartschaft gilt im gleichen Umfang für in AWV vereinbarte Pflegegelder der um das Tarifikennzeichen „D“ ergänzten Tarifeinheiten. Die Regelungen zur Anwartschaftsversicherung entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

#### Dynamikoption über 70 Jahre Tarif PS („D“)

Durch den Abschluss der Option erhält die versicherte Person auch nach Vollendung des 70. Lebensjahres, alle 2 Jahre, ein Angebot des Versicherers zur Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Bei Abschluss dieser Option werden alle versicherten Tarifeinheiten um das **Tarifikennzeichen „D“** ergänzt. Nähere Einzelheiten zur Dynamikregelung entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

#### Angebotene Tarife für

Person 1: WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50,ZG70, ZGB ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, TA, 10, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Person 2: WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50,ZG70, ZGB ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, TA, 10, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Person 3: WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50,ZG70, ZGB ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, TA, 10, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Person 4: WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50,ZG70, ZGB ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, TA, 10, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

## 4. Beitrag und Fälligkeit

Bitte beachten Sie, dass sich Ihr individueller Beitrag ggf. durch die Antragsprüfung noch ändern kann.

Der Beitrag ist grundsätzlich ein Jahresbeitrag, kann aber in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig.

Tarife WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50, ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, 10

Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, insbesondere unter § 8 der MB/KK 2009.

#### Tarif TA

Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach den Tarifen TA, insbesondere unter § 8 der MB/KT 2009.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, insbesondere unter § 8 der MB/EPV 2009.

Ihr Beitrag für den angebotenen Krankenversicherungsschutz beträgt monatlich in EUR:

Eintrittsalter	Tarif WGZ2		Tarif WGZ3		Tarif WGZ4	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
ab 55	9,60	10,70	16,80	17,40	30,60	37,90

Eintrittsalter	Tarif SG10 <sup>3</sup>		Tarif SG20 <sup>3</sup>	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
16-20	13,84	13,17	11,72	11,73
21-25	18,35	19,57	15,30	17,20
26-30	24,13	23,79	19,91	20,92
31-35	29,29	26,98	24,26	23,68
36-40	30,94	29,43	26,01	25,81

<sup>3</sup> Für pflichtversicherte Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen. Mit Option auf Umstellung in eine Vollversicherung bei erstmaliger Versicherungsfreiheit. Beiträge ohne Alterungsrückstellungen auf Risikobasis kalkuliert.

**Beitragsübersicht Krankenversicherung Männer - Stand 01.05.11**

Eintritts- alter	Beitragsraten in EUR pro Monat für Tarife															
	SG1	SG2	10' je 1 EUR	AG80	AGZ	WG	NH	ZG20	ZG30	ZG50	ZG70	ZGB	ZH40	TA2 <sup>2</sup> je 1 EUR	TA4 <sup>2</sup> je 1 EUR	TA6 <sup>2</sup> je 1 EUR
Kinder	5,72	3,00	0,05	15,99	16,05	1,63	8,13	0,03	0,05	0,08	0,11	12,32	2,76	-	-	-
16	24,93	19,42	0,14	28,34	12,77	2,66	8,12	1,61	3,10	7,66	10,73	8,61	7,57	0,77	0,51	0,19
17	25,71	20,01	0,14	28,82	12,90	2,68	8,19	1,67	3,21	7,96	11,15	8,65	7,89	0,78	0,51	0,19
18	26,55	20,65	0,14	29,34	13,04	2,69	8,26	1,73	3,33	8,28	11,59	8,70	8,23	0,80	0,51	0,19
19	27,43	21,31	0,15	29,88	13,18	2,71	8,34	1,80	3,46	8,61	12,06	8,75	8,59	0,81	0,52	0,20
20	28,33	21,99	0,15	30,43	13,34	2,73	8,42	1,87	3,60	8,97	12,56	8,80	8,96	0,83	0,52	0,20
21	29,23	22,68	0,15	31,00	13,49	2,75	8,50	1,95	3,75	9,35	13,08	8,84	9,33	0,85	0,53	0,20
22	30,15	23,38	0,16	31,57	13,65	2,77	8,59	2,03	3,90	9,74	13,64	8,89	9,71	0,87	0,54	0,21
23	31,08	24,09	0,16	32,16	13,82	2,80	8,69	2,11	4,06	10,16	14,23	8,94	10,10	0,90	0,54	0,21
24	32,02	24,81	0,16	32,76	13,99	2,82	8,79	2,20	4,24	10,60	14,84	8,99	10,48	0,92	0,55	0,22
25	32,97	25,53	0,17	33,38	14,14	2,85	8,90	2,29	4,41	11,05	15,47	9,03	10,87	0,95	0,56	0,22
26	33,92	26,26	0,17	34,02	14,28	2,88	9,01	2,39	4,58	11,51	16,11	9,07	11,27	0,97	0,56	0,22
27	34,87	26,99	0,18	34,69	14,41	2,91	9,13	2,48	4,76	11,97	16,75	9,10	11,66	1,00	0,57	0,23
28	35,82	27,72	0,18	35,38	14,52	2,94	9,25	2,57	4,94	12,43	17,41	9,13	12,05	1,03	0,58	0,23
29	36,78	28,45	0,18	36,10	14,61	2,98	9,39	2,67	5,13	12,91	18,07	9,16	12,44	1,06	0,59	0,24
30	37,74	29,19	0,19	36,84	14,69	3,01	9,53	2,77	5,31	13,39	18,74	9,18	12,83	1,09	0,59	0,24
31	38,70	29,94	0,19	37,62	14,75	3,05	9,67	2,86	5,49	13,87	19,41	9,20	13,22	1,12	0,60	0,25
32	39,68	30,69	0,20	38,42	14,81	3,10	9,83	2,96	5,68	14,35	20,09	9,22	13,60	1,14	0,62	0,26
33	40,67	31,45	0,20	39,26	14,84	3,14	9,99	3,06	5,86	14,84	20,77	9,23	13,98	1,16	0,63	0,27
34	41,66	32,21	0,21	40,13	14,87	3,19	10,16	3,15	6,04	15,33	21,46	9,23	14,36	1,18	0,65	0,27
35	42,71	33,01	0,21	41,05	14,89	3,24	10,34	3,25	6,22	15,82	22,15	9,24	14,73	1,20	0,67	0,28
36	43,81	33,85	0,22	42,00	14,92	3,30	10,52	3,34	6,41	16,32	22,85	9,25	15,10	1,23	0,69	0,30
37	44,97	34,73	0,22	43,00	14,95	3,35	10,70	3,44	6,59	16,82	23,54	9,26	15,47	1,26	0,71	0,31
38	46,19	35,66	0,23	44,04	14,98	3,42	10,89	3,53	6,77	17,31	24,24	9,27	15,83	1,29	0,73	0,32
39	47,48	36,63	0,24	45,13	15,01	3,48	11,09	3,63	6,95	17,82	24,94	9,28	16,19	1,32	0,76	0,33
40	48,86	37,68	0,24	46,27	15,04	3,55	11,29	3,72	7,12	18,31	25,64	9,29	16,55	1,36	0,79	0,34
41	50,34	38,81	0,25	47,47	15,07	3,62	11,50	3,81	7,30	18,81	26,33	9,30	16,90	1,40	0,81	0,36
42	51,94	40,02	0,26	48,72	15,11	3,68	11,71	3,90	7,47	19,29	27,01	9,31	17,25	1,44	0,84	0,37
43	53,64	41,31	0,27	50,03	15,15	3,75	11,92	3,99	7,65	19,78	27,69	9,32	17,60	1,48	0,87	0,38
44	55,48	42,70	0,28	51,40	15,19	3,81	12,14	4,08	7,82	20,26	28,36	9,33	17,94	1,53	0,90	0,40
45	57,41	44,17	0,28	52,82	15,23	3,87	12,37	4,17	7,99	20,73	29,02	9,35	18,27	1,58	0,94	0,42
46	59,45	45,72	0,29	54,28	15,27	3,93	12,62	4,26	8,16	21,19	29,67	9,36	18,59	1,62	0,97	0,43
47	61,61	47,36	0,30	55,79	15,32	3,98	12,87	4,35	8,33	21,65	30,31	9,38	18,90	1,67	1,00	0,45
48	63,90	49,10	0,31	57,36	15,37	4,02	13,14	4,44	8,50	22,09	30,93	9,39	19,19	1,72	1,04	0,47
49	66,32	50,94	0,32	59,00	15,42	4,05	13,43	4,53	8,67	22,53	31,54	9,41	19,47	1,76	1,07	0,48
50	68,81	52,84	0,34	60,66	15,48	4,05	13,72	4,62	8,83	22,96	32,14	9,42	19,74	1,81	1,11	0,50
51	71,37	54,79	0,35	62,35	15,53	4,05	14,03	4,70	9,00	23,37	32,72	9,44	19,99	1,85	1,15	0,52
52	74,02	56,80	0,36	64,08	15,58	4,05	14,35	4,79	9,16	23,78	33,29	9,45	20,23	1,90	1,19	0,54
53	76,76	58,89	0,37	65,85	15,63	4,05	14,68	4,87	9,32	24,18	33,85	9,47	20,45	1,95	1,23	0,56
54	79,60	61,05	0,38	67,66	15,68	4,05	15,03	4,95	9,48	24,57	34,39	9,48	20,66	2,00	1,27	0,58
55	82,49	63,24	0,39	69,48	15,73	4,05	15,40	5,04	9,64	24,95	34,92	9,50	20,87	2,04	1,31	0,60
56	85,42	65,47	0,41	71,30	15,78	4,05	15,79	5,12	9,79	25,31	35,43	9,51	21,08	2,04	1,36	0,61
57	88,40	67,74	0,42	73,14	15,83	4,05	16,20	5,20	9,94	25,66	35,93	9,52	21,29	2,04	1,40	0,63
58	91,45	70,06	0,43	74,98	15,89	4,05	16,63	5,27	10,09	26,01	36,41	9,53	21,50	2,04	1,45	0,64
59	94,85	72,44	0,44	76,85	15,94	4,05	17,09	5,35	10,24	26,34	36,87	9,55	21,71	2,04	1,47	0,64
60	97,74	74,85	0,46	78,69	15,99	4,05	17,56	5,42	10,38	26,65	37,31	9,56	21,90	2,04	1,47	0,64
61	100,94	77,28	0,47	80,50	16,04	4,05	18,02	5,50	10,51	26,95	37,73	9,56	21,92	-	-	-
62	104,18	79,74	0,48	82,28	16,09	4,05	18,49	5,57	10,65	27,23	38,12	9,57	21,92	-	-	-
63	107,47	82,25	0,50	84,03	16,14	4,05	18,96	5,63	10,77	27,50	38,49	9,58	21,92	-	-	-
64	110,82	84,79	0,51	85,74	16,19	4,05	19,43	5,70	10,90	27,74	38,84	9,58	21,92	-	-	-
65	113,58	86,84	0,52	86,93	15,51	4,01	19,80	5,72	10,94	27,77	38,87	8,94	21,77	-	-	-
Tarife	SG1	SG2	10'	AG80	AGZ	WG	NH	ZG20	ZG30	ZG50	ZG70	ZGB	ZH40	TA2 <sup>2</sup>	TA4 <sup>2</sup>	TA6 <sup>2</sup>

**Beitragsübersicht Krankenversicherung Frauen - Stand 01.05.11**

Eintritts- alter	Beitragsraten in EUR pro Monat für Tarife															
	SG1	SG2	10' je 1 EUR	AG80	AGZ	WG	NH	ZG20	ZG30	ZG50	ZG70	ZGB	ZH40	TA2 <sup>2</sup> je 1 EUR	TA4 <sup>2</sup> je 1 EUR	TA6 <sup>2</sup> je 1 EUR
Kinder	5,72	3,00	0,05	15,99	16,05	1,63	8,13	0,03	0,05	0,08	0,11	12,32	2,76	-	-	-
16	23,13	19,23	0,12	55,68	15,86	3,70	13,71	1,92	3,78	9,68	12,90	9,66	10,70	0,83	0,26	0,16
17	23,87	19,83	0,13	56,69	16,05	3,72	14,01	2,00	3,92	10,05	13,38	9,72	11,10	0,84	0,27	0,17
18	24,65	20,46	0,13	57,75	16,25	3,75	14,32	2,07	4,07	10,43	13,88	9,79	11,52	0,84	0,27	0,18
19	25,46	21,12	0,13	58,87	16,46	3,79	14,66	2,15	4,22	10,84	14,42	9,86	11,97	0,85	0,28	0,19
20	26,26	21,76	0,13	60,00	16,67	3,82	15,00	2,24	4,39	11,27	14,99	9,93	12,42	0,86	0,29	0,19
21	27,03	22,38	0,14	61,12	16,89	3,84	15,36	2,33	4,57	11,72	15,59	10,00	12,86	0,87	0,30	0,20
22	27,77	22,98	0,14	62,24	17,10	3,87	15,74	2,42	4,75	12,20	16,22	10,07	13,29	0,89	0,30	0,21
23	28,49	23,56	0,14	63,37	17,32	3,89	16,13	2,53	4,95	12,71	16,89	10,14	13,71	0,90	0,31	0,22
24	29,18	24,12	0,15	64,50	17,54	3,91	16,54	2,63	5,15	13,24	17,59	10,20	14,13	0,91	0,32	0,23
25	29,88	24,68	0,15	65,59	17,75	3,93	16,94	2,74	5,36	13,78	18,30	10,26	14,54	0,93	0,33	0,24
26	30,59	25,25	0,15	66,63	17,93	3,96	17,33	2,84	5,57	14,32	19,01	10,31	14,95	0,95	0,35	0,25
27	31,32	25,83	0,16	67,61	18,10	3,98	17,72	2,95	5,78	14,87	19,72	10,36	15,35	0,97	0,36	0,26
28	32,05	26,41	0,16	68,55	18,25	4,01	18,10	3,06	5,99	15,42	20,43	10,40	15,75	0,99	0,37	0,27
29	32,79	27,00	0,17	69,43	18,38	4,04	18,47	3,17	6,20	15,97	21,15	10,43	16,14	1,01	0,39	0,28
30	33,55	27,61	0,17	70,30	18,48	4,06	18,83	3,27	6,40	16,52	21,86	10,46	16,53	1,03	0,40	0,29
31	34,33	28,23	0,18	71,16	18,57	4,10	19,16	3,38	6,61	17,07	22,57	10,48	16,92	1,05	0,42	0,31
32	35,13	28,87	0,18	72,01	18,63	4,13	19,48	3,49	6,82	17,62	23,27	10,50	17,30	1,08	0,44	0,32
33	35,95	29,53	0,19	72,84	18,67	4,17	19,77	3,59	7,02	18,16	23,96	10,51	17,68	1,11	0,46	0,33
34	36,79	30,20	0,20	73,67	18,69	4,20	20,05	3,69	7,22	18,71	24,65	10,52	18,05	1,14	0,48	0,34
35	37,65	30,90	0,21	74,55	18,71	4,25	20,31	3,80	7,42	19,24	25,33	10,52	18,40	1,17	0,50	0,36
36	38,56	31,62	0,21	75,49	18,72	4,29	20,56	3,90	7,62	19,77	26,00	10,53	18,74	1,22	0,52	0,37
37	39,50	32,38	0,22	76,48	18,74	4,33	20,79	4,00	7,81	20,29	26,66	10,53	19,06	1,26	0,55	0,38
38	40,47	33,17	0,23	77,55	18,76	4,38	21,01	4,10	8,00	20,81	27,31	10,54	19,36	1,31	0,57	0,40
39	41,49	33,99	0,24	78,68	18,78	4,43	21,21	4,19	8,19	21,32	27,96	10,54	19,64	1,37	0,59	0,42
40	42,56	34,86	0,24	79,88	18,81	4,49	21,40	4,29	8,38	21,82	28,58	10,55	19,92	1,43	0,62	0,43
41	43,68	35,76	0,25	81,15	18,83	4,54	21,59	4,38	8,56	22,31	29,20	10,56	20,18	1,49	0,65	0,45
42	44,86	36,71	0,26	82,49	18,85	4,59	21,76	4,47	8,73	22,79	29,80	10,56	20,43	1,54	0,67	0,47
43	46,09	37,71	0,26	83,91	18,88	4,64	21,92	4,56	8,91	23,26	30,39	10,57	20,68	1,59	0,70	0,49
44	47,39	38,76	0,27	85,41	18,90	4,68	22,07	4,65	9,08	23,73	30,97	10,58	20,92	1,64	0,72	0,51
45	48,73	39,84	0,28	86,96	18,93	4,72	22,23	4,73	9,24	24,17	31,53	10,59	21,16	1,69	0,75	0,53
46	50,12	40,96	0,29	88,56	18,96	4,72	22,39	4,81	9,40	24,61	32,08	10,60	21,40	1,73	0,77	0,55
47	51,56	42,12	0,30	90,22	18,99	4,72	22,55	4,89	9,55	25,02	32,61	10,61	21,65	1,78	0,80	0,57
48	53,05	43,33	0,30	91,95	19,03	4,72	22,72	4,97	9,70	25,43	33,12	10,62	21,91	1,82	0,82	0,59
49	54,61	44,58	0,31	93,74	19,06	4,72	22,89	5,04	9,85	25,81	33,61	10,63	22,17	1,86	0,85	0,61
50	56,20	45,86	0,32	95,58	19,09	4,72	23,08	5,12	9,99	26,18	34,08	10,64	22,42	1,91	0,87	0,63
51	57,83	47,18	0,33	97,48	19,12	4,72	23,27	5,18	10,12	26,53	34,54	10,64	22,66	1,96	0,89	0,65
52	59,51	48,54	0,34	99,43	19,15	4,72	23,48	5,25	10,25	26,87	34,97	10,65	22,88	2,01	0,89	0,67
53	61,25	49,94	0,35	101,45	19,17	4,72	23,70	5,31	10,37	27,19	35,39	10,66	23,09	2,07	0,89	0,68
54	63,05	51,39	0,36	103,55	19,19	4,72	23,93	5,37	10,49	27,49	35,78	10,66	23,29	2,13	0,89	0,69
55	64,88	52,86	0,36	105,67	19,21	4,72	24,18	5,43	10,60	27,78	36,15	10,67	23,46	2,20	0,89	0,69
56	66,75	54,37	0,38	107,81	19,23	4,72	24,45	5,48	10,70	28,06	36,51	10,67	23,60	2,28	0,89	0,69
57	68,66	55,92	0,39	109,98	19,25	4,72	24,73	5,53	10,80	28,32	36,84	10,67	23,60	2,36	0,89	0,69
58	70,63	57,50	0,40	112,18	19,27	4,72	25,04	5,58	10,89	28,57	37,14	10,68	23,60	2,45	0,89	0,69
59	72,64	59,12	0,41	114,42	19,29	4,72	25,37	5,62	10,97	28,80	37,34	10,68	23,60	2,52	0,89	0,69
60	74,66	60,76	0,42	116,64	19,31	4,72	25,71	5,63	11,00	28,92	37,52	10,68	23,60	2,52	0,89	0,69
61	76,70	62,40	0,43	118,85	19,33	4,72	26,07	5,63	11,00	28,92	37,52	10,68	23,60	-	-	-
62	78,75	64,06	0,44	121,03	19,36	4,72	26,44	5,63	11,00	28,92	37,52	10,68	23,60	-	-	-
63	80,83	65,73	0,45	123,20	19,38	4,72	26,83	5,63	11,00	28,92	37,52	10,68	23,60	-	-	-
64	82,92	67,42	0,47	125,35	19,41	4,72	27,25	5,63	11,00	28,92	37,52	10,65	23,57	-	-	-
65	84,49	68,63	0,47	126,55	18,51	4,68	27,45	5,59	10,91	28,66	37,23	9,87	23,35	-	-	-
Tarife	SG1	SG2	10'	AG80	AGZ	WG	NH	ZG20	ZG30	ZG50	ZG70	ZGB	ZH40	TA2 <sup>2</sup>	TA4 <sup>2</sup>	TA6 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kinder: Doppelter Beitrag für 40,- EUR übersteigendes Krankentagegeld.

<sup>2</sup> Beitrag gilt bei TA-Versicherung in Verbindung mit einer Krankheitskostenversicherung. Bei Versicherung von Tarif TA alleine erhöht sich der Beitrag um 40% (siehe Tarifbedingungen).

**Beitragsübersicht Pflegeversicherung Männer - Stand 01.05.11**

Eintrittsalter	Dynamik bis Alter 70 Jahre								Dynamik über Alter 70 Jahre								Tarif PSU
	Tarif PS3		Tarif PS2		Tarif PS1		Tarif PS0		Tarif PS3D		Tarif PS2D		Tarif PS1D		Tarif PS0D		
	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	
	je 100 EUR Monatsgeld								je 100 EUR Monatsgeld								je 100 EUR
unter 16	0,08	0,01	0,14	0,01	0,19	0,01	0,04	0,01	0,08	0,01	0,14	0,01	0,19	0,01	0,04	0,01	0,01
16	0,19	0,08	0,43	0,12	0,52	0,07	0,11	0,03	0,20	0,08	0,46	0,13	0,55	0,08	0,12	0,03	0,01
17	0,19	0,08	0,44	0,13	0,53	0,07	0,12	0,03	0,20	0,08	0,47	0,14	0,56	0,08	0,12	0,03	0,01
18	0,20	0,08	0,45	0,13	0,54	0,08	0,12	0,03	0,21	0,09	0,48	0,14	0,57	0,08	0,13	0,03	0,01
19	0,20	0,08	0,46	0,13	0,55	0,08	0,12	0,03	0,21	0,09	0,49	0,14	0,59	0,08	0,13	0,03	0,01
20	0,21	0,09	0,47	0,14	0,57	0,08	0,13	0,03	0,22	0,09	0,50	0,15	0,60	0,08	0,13	0,03	0,01
21	0,21	0,09	0,48	0,14	0,58	0,08	0,13	0,03	0,22	0,09	0,52	0,15	0,62	0,09	0,14	0,03	0,01
22	0,21	0,09	0,50	0,15	0,60	0,08	0,13	0,03	0,23	0,10	0,53	0,16	0,63	0,09	0,14	0,04	0,01
23	0,22	0,09	0,51	0,15	0,62	0,09	0,14	0,03	0,23	0,10	0,54	0,16	0,65	0,09	0,14	0,04	0,01
24	0,22	0,09	0,53	0,15	0,63	0,09	0,14	0,03	0,24	0,10	0,56	0,16	0,67	0,09	0,15	0,04	0,01
25	0,23	0,10	0,54	0,16	0,65	0,09	0,14	0,04	0,24	0,10	0,58	0,17	0,69	0,10	0,15	0,04	0,02
26	0,24	0,10	0,56	0,16	0,67	0,09	0,15	0,04	0,25	0,11	0,59	0,18	0,71	0,10	0,16	0,04	0,02
27	0,24	0,10	0,57	0,17	0,69	0,10	0,15	0,04	0,25	0,11	0,61	0,18	0,73	0,10	0,16	0,04	0,02
28	0,25	0,11	0,59	0,17	0,71	0,10	0,16	0,04	0,26	0,11	0,63	0,19	0,76	0,11	0,17	0,04	0,02
29	0,25	0,11	0,61	0,18	0,74	0,10	0,16	0,04	0,27	0,12	0,65	0,19	0,78	0,11	0,17	0,04	0,02
30	0,26	0,11	0,63	0,19	0,76	0,11	0,17	0,04	0,28	0,12	0,67	0,20	0,81	0,11	0,18	0,04	0,02
31	0,27	0,12	0,65	0,19	0,79	0,11	0,17	0,04	0,28	0,12	0,69	0,21	0,83	0,12	0,18	0,05	0,02
32	0,28	0,12	0,67	0,20	0,81	0,11	0,18	0,04	0,29	0,13	0,72	0,21	0,86	0,12	0,19	0,05	0,02
33	0,29	0,12	0,70	0,21	0,84	0,12	0,18	0,05	0,30	0,13	0,74	0,22	0,89	0,13	0,19	0,05	0,02
34	0,29	0,13	0,72	0,21	0,87	0,12	0,19	0,05	0,31	0,14	0,77	0,23	0,92	0,13	0,20	0,05	0,02
35	0,30	0,13	0,75	0,22	0,90	0,13	0,20	0,05	0,32	0,14	0,79	0,24	0,96	0,14	0,21	0,05	0,02
36	0,31	0,14	0,77	0,23	0,93	0,13	0,20	0,05	0,33	0,14	0,82	0,25	0,99	0,14	0,22	0,05	0,02
37	0,32	0,14	0,80	0,24	0,97	0,14	0,21	0,05	0,34	0,15	0,85	0,26	1,03	0,15	0,22	0,06	0,02
38	0,34	0,15	0,83	0,25	1,00	0,14	0,22	0,05	0,35	0,15	0,89	0,27	1,07	0,15	0,23	0,06	0,02
39	0,35	0,15	0,86	0,26	1,04	0,15	0,23	0,06	0,37	0,16	0,92	0,28	1,11	0,16	0,24	0,06	0,02
40	0,36	0,16	0,90	0,27	1,08	0,15	0,23	0,06	0,38	0,17	0,96	0,29	1,15	0,16	0,25	0,06	0,03
41	0,37	0,16	0,93	0,28	1,13	0,16	0,24	0,06	0,40	0,17	0,99	0,30	1,20	0,17	0,26	0,06	0,03
42	0,39	0,17	0,97	0,29	1,18	0,17	0,25	0,06	0,41	0,18	1,04	0,31	1,25	0,18	0,27	0,07	0,03
43	0,40	0,18	1,01	0,30	1,23	0,17	0,26	0,06	0,43	0,19	1,08	0,33	1,30	0,18	0,28	0,07	0,03
44	0,42	0,18	1,06	0,32	1,28	0,18	0,28	0,07	0,44	0,20	1,13	0,34	1,36	0,19	0,29	0,07	0,03
45	0,43	0,19	1,10	0,33	1,33	0,19	0,29	0,07	0,46	0,20	1,18	0,36	1,42	0,20	0,31	0,08	0,03
46	0,45	0,20	1,15	0,35	1,39	0,20	0,30	0,07	0,48	0,21	1,23	0,37	1,48	0,21	0,32	0,08	0,03
47	0,47	0,21	1,20	0,36	1,46	0,21	0,31	0,08	0,50	0,22	1,28	0,39	1,55	0,22	0,33	0,08	0,03
48	0,49	0,22	1,26	0,38	1,53	0,22	0,33	0,08	0,52	0,23	1,35	0,41	1,63	0,23	0,35	0,09	0,04
49	0,51	0,23	1,32	0,40	1,60	0,23	0,34	0,08	0,55	0,24	1,41	0,43	1,70	0,24	0,37	0,09	0,04
50	0,54	0,24	1,38	0,42	1,68	0,24	0,36	0,09	0,57	0,25	1,48	0,45	1,78	0,25	0,38	0,10	0,04
51	0,56	0,25	1,45	0,44	1,76	0,25	0,38	0,09	0,60	0,27	1,55	0,47	1,87	0,27	0,40	0,10	0,04
52	0,59	0,26	1,52	0,46	1,85	0,26	0,40	0,10	0,63	0,28	1,63	0,49	1,97	0,28	0,42	0,11	0,04
53	0,62	0,27	1,60	0,48	1,94	0,27	0,42	0,10	0,66	0,29	1,71	0,52	2,06	0,29	0,44	0,11	0,04
54	0,65	0,29	1,68	0,51	2,04	0,29	0,44	0,11	0,69	0,31	1,80	0,55	2,17	0,31	0,47	0,12	0,05
55	0,68	0,30	1,77	0,54	2,14	0,31	0,46	0,11	0,73	0,32	1,89	0,58	2,29	0,33	0,49	0,12	0,05
56	0,72	0,32	1,86	0,57	2,26	0,32	0,48	0,12	0,76	0,34	1,99	0,61	2,41	0,35	0,52	0,13	0,05
57	0,75	0,34	1,97	0,60	2,38	0,34	0,51	0,13	0,80	0,36	2,10	0,64	2,54	0,36	0,55	0,14	0,05
58	0,79	0,35	2,07	0,63	2,51	0,36	0,54	0,13	0,85	0,38	2,22	0,68	2,68	0,38	0,57	0,15	0,06
59	0,84	0,37	2,19	0,67	2,65	0,38	0,57	0,14	0,89	0,40	2,35	0,72	2,83	0,41	0,61	0,15	0,06
60	0,88	0,39	2,32	0,71	2,81	0,40	0,60	0,15	0,94	0,42	2,48	0,76	3,00	0,43	0,64	0,16	0,06
61	0,93	0,42	2,45	0,75	2,97	0,43	0,64	0,16	1,00	0,45	2,63	0,81	3,17	0,46	0,68	0,17	0,07
62	0,99	0,44	2,60	0,80	3,15	0,45	0,67	0,17	1,06	0,47	2,79	0,86	3,36	0,49	0,72	0,18	0,07
63	1,05	0,47	2,77	0,85	3,34	0,48	0,72	0,18	1,12	0,50	2,96	0,92	3,57	0,52	0,77	0,19	0,08
64	1,11	0,50	2,94	0,91	3,55	0,51	0,76	0,19	1,19	0,53	3,16	0,98	3,80	0,55	0,82	0,21	0,08
65	1,18	0,53	3,11	0,97	3,75	0,54	0,80	0,20	1,26	0,57	3,34	1,04	4,01	0,59	0,86	0,22	0,08

Anwartschaftsversicherung (AWV Tarif PS0, PS1, PS2): Der Beitrag beträgt jeweils 5 % der in AWW stehenden Tarifeinheit.

Das Eintrittsalter rechnet sich wie folgt: Jahr des Versicherungsbeginns abzüglich Geburtsjahr der zu versichernden Person.

## Beitragsübersicht Pflegeversicherung Frauen - Stand 01.05.11

Eintritts- alter	Dynamik bis Alter 70 Jahre								Dynamik über Alter 70 Jahre								Tarif PSU
	Tarif PS3		Tarif PS2		Tarif PS1		Tarif PS0		Tarif PS3D		Tarif PS2D		Tarif PS1D		Tarif PS0D		
	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	je 100 EUR
	je 100 EUR Monatsgeld								je 100 EUR Monatsgeld								
unter 16	0,08	0,01	0,14	0,01	0,19	0,01	0,04	0,01	0,08	0,01	0,14	0,01	0,19	0,01	0,04	0,01	0,01
16	0,22	0,20	0,51	0,32	0,73	0,20	0,15	0,07	0,24	0,23	0,56	0,35	0,79	0,22	0,16	0,08	0,02
17	0,22	0,21	0,52	0,32	0,74	0,20	0,15	0,07	0,24	0,23	0,57	0,36	0,81	0,22	0,16	0,08	0,02
18	0,23	0,21	0,53	0,33	0,76	0,21	0,15	0,08	0,25	0,24	0,59	0,37	0,83	0,23	0,17	0,08	0,02
19	0,23	0,22	0,55	0,34	0,78	0,21	0,15	0,08	0,25	0,24	0,60	0,38	0,85	0,24	0,17	0,09	0,02
20	0,24	0,22	0,56	0,35	0,80	0,22	0,16	0,08	0,26	0,25	0,62	0,39	0,87	0,24	0,17	0,09	0,02
21	0,24	0,23	0,57	0,36	0,82	0,22	0,16	0,08	0,26	0,26	0,63	0,40	0,89	0,25	0,18	0,09	0,02
22	0,25	0,24	0,59	0,37	0,84	0,23	0,17	0,08	0,27	0,26	0,65	0,41	0,91	0,25	0,18	0,09	0,02
23	0,25	0,24	0,60	0,38	0,86	0,24	0,17	0,09	0,28	0,27	0,67	0,42	0,94	0,26	0,19	0,10	0,02
24	0,26	0,25	0,62	0,39	0,88	0,24	0,18	0,09	0,28	0,28	0,68	0,43	0,96	0,27	0,19	0,10	0,02
25	0,27	0,26	0,64	0,40	0,91	0,25	0,18	0,09	0,29	0,29	0,70	0,45	0,99	0,28	0,20	0,10	0,02
26	0,27	0,26	0,65	0,41	0,93	0,26	0,19	0,09	0,30	0,29	0,72	0,46	1,02	0,29	0,20	0,10	0,02
27	0,28	0,27	0,67	0,42	0,96	0,27	0,19	0,10	0,31	0,30	0,74	0,47	1,05	0,29	0,21	0,11	0,02
28	0,29	0,28	0,69	0,44	0,99	0,27	0,20	0,10	0,31	0,31	0,76	0,49	1,08	0,30	0,22	0,11	0,02
29	0,29	0,29	0,71	0,45	1,02	0,28	0,20	0,10	0,32	0,32	0,79	0,50	1,11	0,31	0,22	0,11	0,02
30	0,30	0,30	0,73	0,46	1,05	0,29	0,21	0,11	0,33	0,33	0,81	0,52	1,15	0,32	0,23	0,12	0,03
31	0,31	0,31	0,76	0,48	1,08	0,30	0,21	0,11	0,34	0,34	0,84	0,54	1,18	0,33	0,24	0,12	0,03
32	0,32	0,32	0,78	0,50	1,12	0,31	0,22	0,11	0,35	0,35	0,86	0,55	1,22	0,35	0,24	0,13	0,03
33	0,33	0,33	0,81	0,51	1,15	0,32	0,23	0,12	0,36	0,37	0,89	0,57	1,26	0,36	0,25	0,13	0,03
34	0,34	0,34	0,83	0,53	1,19	0,33	0,24	0,12	0,37	0,38	0,92	0,59	1,30	0,37	0,26	0,13	0,03
35	0,35	0,35	0,86	0,55	1,23	0,35	0,24	0,13	0,38	0,39	0,95	0,62	1,35	0,38	0,27	0,14	0,03
36	0,36	0,36	0,89	0,57	1,28	0,36	0,25	0,13	0,40	0,41	0,99	0,64	1,40	0,40	0,28	0,14	0,03
37	0,37	0,38	0,92	0,59	1,32	0,37	0,26	0,13	0,41	0,42	1,02	0,66	1,45	0,41	0,29	0,15	0,03
38	0,39	0,39	0,96	0,61	1,37	0,39	0,27	0,14	0,42	0,44	1,06	0,69	1,50	0,43	0,30	0,16	0,03
39	0,40	0,40	0,99	0,64	1,42	0,40	0,28	0,15	0,44	0,45	1,10	0,71	1,56	0,45	0,31	0,16	0,04
40	0,41	0,42	1,03	0,66	1,48	0,42	0,29	0,15	0,45	0,47	1,14	0,74	1,62	0,46	0,32	0,17	0,04
41	0,43	0,44	1,07	0,69	1,53	0,43	0,30	0,16	0,47	0,49	1,19	0,77	1,68	0,48	0,33	0,17	0,04
42	0,44	0,45	1,11	0,72	1,60	0,45	0,32	0,16	0,49	0,51	1,23	0,80	1,75	0,50	0,35	0,18	0,04
43	0,46	0,47	1,16	0,75	1,66	0,47	0,33	0,17	0,51	0,53	1,28	0,84	1,82	0,52	0,36	0,19	0,04
44	0,48	0,49	1,21	0,78	1,73	0,49	0,34	0,18	0,53	0,55	1,34	0,87	1,90	0,55	0,38	0,20	0,04
45	0,50	0,52	1,26	0,82	1,80	0,51	0,36	0,18	0,55	0,58	1,39	0,91	1,98	0,57	0,39	0,21	0,04
46	0,52	0,54	1,31	0,85	1,88	0,54	0,37	0,19	0,57	0,60	1,45	0,95	2,06	0,59	0,41	0,22	0,05
47	0,54	0,56	1,37	0,89	1,97	0,56	0,39	0,20	0,60	0,63	1,52	1,00	2,15	0,62	0,43	0,22	0,05
48	0,56	0,59	1,43	0,93	2,05	0,59	0,40	0,21	0,62	0,66	1,59	1,04	2,25	0,65	0,45	0,24	0,05
49	0,59	0,61	1,50	0,97	2,15	0,61	0,42	0,22	0,65	0,69	1,66	1,09	2,36	0,68	0,47	0,25	0,05
50	0,61	0,64	1,56	1,02	2,25	0,64	0,44	0,23	0,68	0,72	1,74	1,14	2,47	0,71	0,49	0,26	0,05
51	0,64	0,67	1,64	1,07	2,35	0,67	0,46	0,24	0,71	0,75	1,82	1,20	2,58	0,75	0,51	0,27	0,06
52	0,67	0,71	1,72	1,12	2,47	0,71	0,49	0,25	0,74	0,79	1,90	1,26	2,71	0,78	0,54	0,28	0,06
53	0,70	0,74	1,80	1,18	2,59	0,74	0,51	0,27	0,78	0,83	2,00	1,32	2,84	0,82	0,56	0,30	0,06
54	0,74	0,78	1,89	1,24	2,72	0,78	0,53	0,28	0,81	0,87	2,09	1,39	2,98	0,87	0,59	0,31	0,07
55	0,77	0,82	1,98	1,31	2,85	0,82	0,56	0,29	0,85	0,92	2,20	1,46	3,14	0,91	0,62	0,33	0,07
56	0,81	0,86	2,08	1,38	3,00	0,87	0,59	0,31	0,90	0,97	2,31	1,54	3,30	0,96	0,65	0,35	0,07
57	0,85	0,91	2,19	1,45	3,16	0,91	0,62	0,33	0,94	1,02	2,44	1,63	3,47	1,02	0,69	0,37	0,08
58	0,90	0,96	2,31	1,53	3,33	0,96	0,65	0,35	0,99	1,08	2,57	1,72	3,66	1,07	0,72	0,39	0,08
59	0,94	1,01	2,44	1,62	3,52	1,02	0,69	0,37	1,05	1,14	2,71	1,82	3,87	1,13	0,76	0,41	0,09
60	0,99	1,07	2,57	1,72	3,72	1,08	0,73	0,39	1,11	1,20	2,87	1,92	4,09	1,20	0,81	0,43	0,09
61	1,05	1,14	2,72	1,82	3,93	1,15	0,77	0,41	1,17	1,28	3,03	2,04	4,33	1,27	0,85	0,46	0,10
62	1,11	1,21	2,89	1,94	4,17	1,22	0,82	0,44	1,24	1,35	3,22	2,17	4,59	1,35	0,90	0,49	0,10
63	1,18	1,28	3,06	2,06	4,43	1,30	0,87	0,46	1,31	1,44	3,42	2,31	4,87	1,44	0,96	0,52	0,11
64	1,25	1,37	3,26	2,20	4,71	1,38	0,92	0,49	1,39	1,54	3,64	2,46	5,18	1,54	1,02	0,55	0,12
65	1,32	1,45	3,45	2,33	4,98	1,46	0,97	0,53	1,47	1,63	3,85	2,61	5,48	1,63	1,08	0,59	0,12

Anwartschaftsversicherung (AWV Tarif PS0, PS1, PS2): Der Beitrag beträgt jeweils 5 % der in AWW stehenden Tarifeinheit.

Das Eintrittsalter rechnet sich wie folgt: Jahr des Versicherungsbeginns abzüglich Geburtsjahr der zu versichernden Person.

## 5. Leistungsausschlüsse

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor unberechtigten und nicht kalkulierbaren Leistungsforderungen sind für einige wenige, in der Regel auch subjektiv beeinflussbare Sachverhalte, Einschränkungen vorhanden.

Einige wichtige Leistungsausschlüsse sind:

Tarife WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50, ZG70, ZGB, ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, 10

Keine Leistungspflicht besteht u. a. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen, für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, für Aufwendungen für Heilbehandlungen, soweit diese in einem auffälligen Missverhältnis zu der erbrachten Leistung stehen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522/11.09).

Tarif TA

Keine Leistungspflicht besteht u.a. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen. Weitere Einzelheiten finden Sie hierzu in den §§ 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TA (1.513/09.08)

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Keine Leistungspflicht besteht u.a. für auf Vorsatz oder Sucht beruhenden Krankheiten. Weitere Einzelheiten finden Sie hierzu in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/03.11)

## 6. Obliegenheiten bei Vertragsschluss

Gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) haben Sie bis zur Abgabe Ihrer auf den Vertragsabschluss gerichteten Erklärung die Ihnen bekannten Gefahrenumstände, die für unseren Entschluss, den Versicherungsvertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, uns anzuzeigen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in der dem Versicherungsantrag vorangestellten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht können wir vom Vertrag zurücktreten, kündigen, den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anpassen oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern.

## 7. Obliegenheiten während der Vertragsdauer

Während der Laufzeit des Versicherungsvertrages sind von Ihnen bestimmte Obliegenheiten zu beachten. Einige wichtige Obliegenheiten sind nachstehend aufgeführt:

Tarife WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50, ZG70, ZGB, ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, 10

So ist uns beispielsweise der Abschluss einer weiteren Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522/11.09).

Tarif TA

In der Krankentagegeldversicherung ist jeder Berufswechsel unverzüglich anzuzeigen. Außerdem darf der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden. Weitere Informationen finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach den Tarifen TA (1.513/09.08).

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegekrankenversicherung darf nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden. Weitere Informationen finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/03.11).

## 8. Obliegenheiten im Leistungsfall

Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind ebenfalls Obliegenheiten zu beachten. Einige wichtige Obliegenheiten sind nachstehend aufgeführt:

Tarife WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50, ZG70, ZGB, ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, 10

Zum Beispiel haben Sie als Versicherungsnehmer auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen ist jede versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen und hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Weitere Informationen hierzu finden

Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522/11.09).

Tarif TA

In der Krankentagegeldversicherung müssen Sie uns die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, spätestens aber bis zum Ablauf der für den jeweiligen Tarif vorgesehenen Karenzzeit durch Vorlage eines Nachweises anzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist auf dem zur Verfügung gestellten Vordruck wöchentlich nachzuweisen. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen und hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach den Tarifen TA (1.513/09.08).

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Liegt eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, ist diese Einstufung für die Festlegung der Pflegestufe in der abgeschlossenen Tarifeinheit maßgeblich. Ein Nachweis darüber ist dem Versicherer innerhalb der ersten 3 Monate nach Einstufung vorzulegen. Erfolgt der Nachweis später als drei Monate nach der Einstufung werden die Leistungen vom Beginn des Monats erbracht, in dem der Nachweis bei uns eingegangen ist. Liegt keine Einstufung der Pflegebedürftigkeit gemäß Satz 1 vor, hat sich die versicherte Person auf unser Verlangen von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind. Weitere Informationen hierzu finden Sie im § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/03.11).

Tarif PSU

Die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/03.11).

## 9. Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung

Beachten Sie die Verpflichtungen sorgfältig, da diese für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses von großer Bedeutung sind. Ihre Nichtbeachtung kann deshalb auch schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Sie können Ihren Versicherungsschutz teilweise oder sogar ganz verlieren oder wir können berechtigt sein, uns vom Vertrag zu lösen.

## 10. Versicherungsbeginn, Vertragsdauer und -beendigung

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 - soweit tariflich vorgesehen - dem Ablauf der Wartezeiten.

Tarife WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4, ZG20, ZG30, ZG50, ZG70, ZGB, ZH40, NH, AG80, AGZ, SG1, SG2, SG10, SG20, 10

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.

Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.

Hat eine Vereinbarung zur Folge, dass ab einem bestimmten Alter der Beitrag erhöht wird, auch z.B. durch die erstmalige Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung, haben Sie in Bezug auf das betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin ein Kündigungsrecht zum Eintritt der Erhöhung.

Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie unter § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522/11.09) in den Absätzen (1), (4) und (5), die Bestimmung über den Kündigungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. finden Sie unter § 14.

Tarif TA

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.

Sie können die Krankentagegeldversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht, solange für die versicherte Person bei ihr Krankheitskostenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung besteht.

Wird eine versicherte Person krankenversicherungspflichtig, können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Versicherungsverhältnis oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Der Versicherungspflicht steht gleich der Anspruch auf Familienversicherung oder auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (1.513/09.08) in den Absätzen (1), (3) und (4), die Bestimmung über den Kündigungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. unter § 14.

Die Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus wegen des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit enden, z.B. wegen Aufgabe der Erwerbstätigkeit oder im Zuge von Arbeitslosigkeit oder von Berufsunfähigkeit. Die vertraglichen Regelungen hierzu finden Sie unter § 15.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.

Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.

Hat eine Vereinbarung zur Folge, dass ab einem bestimmten Alter der Beitrag erhöht wird, haben Sie in Bezug auf das betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin ein Kündigungsrecht zum Eintritt der Erhöhung. Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie unter § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/03.11) in den Absätzen (1), (4) und (5), die Bestimmung über den Kündigungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. finden Sie unter § 14.

## Gesetzliche Kundeninformation gemäß § 7 Abs. 2 VVG

### Identität des Versicherers und ladungsfähige Anschrift

Ihr Vertragspartner ist die Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht Stuttgart HRB 263277. Dem Vorstand gehören an: Klaus Henkel (Vorsitzender), Rainer Dittrich, Volker Schulz. Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Kuhn. Sitz der Gesellschaft: Fellbach.

### Weitere Betriebsstätten

Landesdirektion Baden/Pfalz Rehlingstr. 13 79100 Freiburg	Landesdirektion Bayern Willy-Brandt-Platz 3 86153 Augsburg	Regionaldirektion Ravensburg Ludwig-Uhland-Str. 13 88214 Ravensburg
--	---	--

### Hauptgeschäftstätigkeit/Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung.

Versicherungsunternehmen unterliegen der staatlichen Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn. Bei Meinungsverschiedenheiten können Sie sich schriftlich – auch per E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de) – an diese Aufsichtsbehörde wenden.

### Sicherungsfonds

Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. gehört dem aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Sicherungsfonds an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Anschrift: Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

## Allgemeine Versicherungsbedingungen / wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Für den Versicherungsvertrag gelten die folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife:

- Tarifbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung (1.551),
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (1.522),
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (1.513),
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519),
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (1.599),

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall

- in der Krankheitskostenversicherung im tariflichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- in der Krankentagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankentagegeld,
- in der Krankentagegeldversicherung für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang,
- in der ergänzenden Pflegekrankenversicherung ein Pflegegeld.

Eine ausführliche Leistungsbeschreibung beinhaltet der Tarif mit den Tarifbedingungen. Bitte beachten Sie hierzu auch die Ausführungen im Produktinformationsblatt.

Der Versicherer ist bei erstattungsfähigen Versicherungsfällen zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Rechnungsbelege im Original vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht worden sind.

## Beitragszahlung/Gesamtpreis

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.

Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der zu versichernden Person(en) und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

Die monatliche Beitragsrate in Euro für den angebotenen Krankenversicherungsschutz entnehmen Sie bitte dem Antrag.

Unter Ziffer 4 des Produktinformationsblatts finden Sie weitere Hinweise zu den rechtlichen Grundlagen für die Beitragszahlung.

## Gültigkeitsdauer

Die Beitragsberechnung für die unterbreiteten Vorschläge basiert auf dem angegebenen Versicherungsbeginn. Ändert sich das Jahr des Versicherungsbeginns erhöht sich das rechnungsmäßige Eintrittsalter (= Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr der zu versichernden Person(en)). Das führt im Allgemeinen zu einem höheren Beitrag.

Die Notwendigkeit wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung sowie bei Änderung gesetzlicher Vorschriften die Beiträge neu kalkulieren zu müssen, kann ebenfalls – soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind – zu einer Änderung der Beiträge oder der tariflichen Selbstbehalte führen.

## Zustandekommen des Vertrages/Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des Versicherungsantrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages 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.

## Widerrufsrecht/Widerrufsfolgen

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Infopflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: E-Mail: Antrag@sdk.de . Fax: 0711/5778-333. Postanschrift: Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dies ist 1/30 der im Versicherungsschein ausgewiesenen Prämie pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

## Vertragsdauer/Kündigung

Der Versicherungsvertrag wird im Allgemeinen für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Eine Ausnahme bilden die Auslands-Krankenversicherung sowie die Krankentagegeldversicherung, für die eine Mindestvertragsdauer von einem Versicherungsjahr vorgesehen ist.

Das Versicherungsverhältnis kann von Ihnen im Rahmen einer ordentlichen Kündigung mit einer Frist von drei Monaten nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden.

Das Recht für eine außerordentliche Kündigung steht Ihnen z. B. bei Eintritt von Pflichtversicherung, einer Beitragserhöhung aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder einer Beitragsneufestsetzung wegen Erreichen eines bestimmten Lebensalters zu.

Die Regelungen zur Vertragsdauer und die Kündigungsmodalitäten sind ausführlich unter Ziffer 10 des Produktinformationsblattes abgehandelt.

## Anzuwendendes Recht/Sprache

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Vertragssprache ist deutsch. Alle Informationen werden ebenfalls in deutscher Sprache erteilt.

## Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Sie können sich hinsichtlich der Kranken- und privaten Pflegepflichtversicherung mit einer Beschwerde oder Eingabe auch an den Ombudsmann für die private Krankenversicherung wenden. Die Entscheidungen des Ombudsmann haben Empfehlungscharakter. Der Ombudsmann kann in solchen Fällen tätig werden, in denen weder die Aufsichtsbehörde (BaFin) angerufen wurde, noch ein Rechtsstreit gerichtlich anhängig ist. Weitere Informationen über den Ombudsmann sind im Internet unter [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de) abrufbar. Die Postanschrift lautet: PKV-Ombudsmann, Leipziger Str. 104, 10117 Berlin.

## Gerichtliches Verfahren

Trotz der Möglichkeit, Beschwerde beim Ombudsmann einzulegen, können Sie die gerichtliche Klärung einer Meinungsverschiedenheit herbeiführen. Die Tätigkeit des Ombudsmannes ist dann aber ausgeschlossen (siehe vorstehende Ausführungen).

## Tarifbedingungen Krankheitskosten-Zusatzversicherung

1.551/06.10 Stand 01.07.10 Auszug

### Tarif SG1/Tarif SG2

#### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

– falls Krankenhausleistungen nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind: bei Inanspruchnahme

eines **Ein-** oder **Zweibett-**Zimmers aus dem Tarif SG1  
**Zweibett-**Zimmers aus dem Tarif SG2

**100%** der Kosten für gesondert berechnete Unterkunft und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

Diese Erstattung erfolgt auch dann, wenn die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet hat. Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird der Kürzungsbetrag erstattet.

– falls Krankenhausleistungen **nicht** nach der BPfIV bzw. dem KHEntgG berechnet sind:

bei Belegung eines **Ein-** oder **Zweibett-Zimmers** aus dem Tarif SG1

bei Belegung eines **Zweibett-Zimmers** aus dem Tarif SG2

nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung **100 %** des verbleibenden Rechnungsbetrages für Pflegekosten (Unterkunft, Pflege und Verpflegung), Arzt- und Operationskosten, Sonderentgelte, Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und eines notwendigen Hin- und Rücktransports zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Erbringt die gesetzliche Krankenkasse **keine** Leistungen oder hat die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet, so wird anstelle der Kostenerstattung, unabhängig von der Wahl eines Zimmers mit ein, zwei oder mehr Betten ein Krankenhausentgelt in Höhe von

EUR 48,- aus dem Tarif SG1

EUR 36,- aus dem Tarif SG2

gezahlt.

#### Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzliche Krankenkasse / Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

#### Zusätzlich gilt für Tarif SG1

**Zu den ärztlichen Leistungen gehören auch ärztliche Liquidationen, denen eine von der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte abweichende, sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrundeliegt. Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland gilt dieses auch bei Überschreitung des Gebührenrahmens ohne nähere Begründung.**

#### Zusätzlich gilt für Tarif SG2

**Erfolgt die Behandlung in einem Einbett-Zimmer, so gelten die Erstattungsgrundsätze für den Teil des Rechnungsbetrages, der einen Selbstbehalt von EUR 30,- je Krankenhaustag übersteigt.**

– Neben der Kostenerstattung wird bei Inanspruchnahme **eines Zimmers mit mehr als zwei Betten** ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 30,- aus dem Tarif SG1

EUR 18,- aus dem Tarif SG2

**oder** bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung

EUR 18,- aus dem Tarif SG1

EUR 18,- aus dem Tarif SG2 gezahlt.

Bei Inanspruchnahme **eines Zimmers mit mehr als zwei Betten** und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung wird anstelle der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 48,- aus dem Tarif SG1

EUR 36,- aus dem Tarif SG2 gezahlt.

– Die Beträge für die unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehenen Krankenhaustagegelder und die betragsgemäß festgelegte Leistungsgrenze des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

- Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 im Rahmen der Tarifbedingungen eingeschlossen.

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind.

## Tarif WG

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

#### 1. Brillen/Kontaktlinsen

**100 %** des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR für Brillen bzw. Kontaktlinsen.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR erstattet.

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe 5. c) zu § 4 (3) MB/KK 2009) besteht der Anspruch auf Erstattung im Abstand von 36 Monaten oder einmal jährlich bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

#### 2. Große Hilfsmittel

**100 %** des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages, insgesamt jedoch nicht mehr als 550,- EUR jährlich.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif. Nicht zu den verbleibenden Aufwendungen gehören gesetzlich festgelegte Zuzahlungen.

Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrstühle, Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z.B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).

#### 3. Kurtagegeld

**14,- EUR** je Tag, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bei stationärer Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung leistet. Bei Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die in ihrer Ausgestaltung einer Krankenhausbehandlung entsprechen, erfolgt keine Leistung.

#### 4. Kosten bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Wegegebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten;

- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung; ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;
- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn

der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen;

- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu 12 000,- EUR.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Die Wartezeiten entfallen. Ebenso entfällt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

Das Kurtagegeld und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

#### Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzliche Krankenkasse / Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

### Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer **+49 18 01 - 57 78 75**

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind.

## Tarif ZG20 / ZG30 / ZG50 / ZG70

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei Zahnersatz für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

- im Tarif ZG20 **20 %** des Rechnungsbetrages,
- im Tarif ZG30 **30 %** des Rechnungsbetrages,
- im Tarif ZG50 **50 %** des Rechnungsbetrages,
- im Tarif ZG70 **70 %** des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als **90 %** des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt.

Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

#### Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzliche Krankenkasse / Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind. Die Versicherung nach den Tarifen ZG20, ZG30, ZG50 und ZG70 endet mit dem Wegfall einer der in Satz 1 bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit.

## Tarif ZH40

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei

#### 1. Zahnersatz

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen **40 %** des Rechnungsbetrages, zusammen mit Leistungen einer Krankenversicherung oder eines sonstigen Kostenträgers jedoch nicht mehr als **90 %** des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Kostenplans schriftlich zugesagt wurde.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt.

Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

#### 2. Behandlung durch Heilpraktiker

im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes sowie bei den vom behandelnden Heilpraktiker verordneten Arznei-, Verband- und Heilmitteln

**80 %** des Rechnungsbetrages

höchstens jedoch bis insgesamt 100,- EUR im ersten Kalenderjahr und insgesamt 200,- EUR im zweiten Kalenderjahr. Danach beträgt der Erstattungsbetrag pro Kalenderjahr höchstens insgesamt 800,- EUR.

Betragsgemäß festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind.

## Tarif ZGB

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung

#### 1. Für Kunststofffüllungen und Inlays

jeweils **80 %** des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs (§ 12 Abs. 1a VAG) verbleibenden Rechnungsbetrages.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist für Kunststofffüllungen und Inlays zusammen in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 500,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 1.000,- EUR begrenzt.

Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung oder der Basistarif nachweislich keine Vorleistung beträgt der Erstattungssatz **70 %**, die Begrenzungen des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags gemäß Satz 2 gelten entsprechend.

#### 2. Für zahnprophylaktische Leistungen (z.B. Professionelle Zahnreinigung)

**100 %** des Rechnungsbetrages bis zu 70,- EUR im Kalenderjahr. Die Wartezeit entfällt.

#### 3. Für die Gesamtkosten kieferorthopädischer Behandlungen bei Kindern mit einem Eintrittsalter von

- bis zu 6 Jahren **100 %** des Rechnungsbetrages, bis zu 1.500,- EUR
- von 7 bis 9 Jahren **100 %** des Rechnungsbetrages, bis zu 1.000,- EUR
- ab 10 Jahren **100 %** des Rechnungsbetrages, bis zu 500,- EUR

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs jedoch nicht mehr als **100 %** des Rechnungsbetrages.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, wenn das Kind vor Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Bei Kunststofffüllungen und Inlays entfallen dann zudem die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre.

Betragsmäßig oder prozentual festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind. Die Versicherung nach Tarif ZGB endet mit dem Wegfall der in Satz 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

## Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

#### 1. Brillen/Kontaktlinsen

in den Tarifen WGZ2, WGZ3, WGZ4

**100%** des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR für Brillen bzw. Kontaktlinsen.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, werden **100%** des Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR erstattet.

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe 5. c) zu § 4 (3) MB/KK2009) besteht der Anspruch auf Erstattung im Abstand von 36 Monaten oder einmal jährlich bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

#### 2. Kurtagegeld

in den Tarifen WGZ3, WGZ4

**14,- EUR** je Tag, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bei stationärer Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung leistet. Bei Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die in ihrer Ausgestaltung einer Krankenhausbehandlung entsprechen, erfolgt keine Leistung.

#### 3. Kosten bei kurzfristigen Auslandsreisen

in den Tarifen WGZ2, WGZ3, WGZ4

bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Wegegebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei-, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert. Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten;

- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung; ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;
- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär

weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen;

- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu 12 000,- EUR.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Die Wartezeiten entfallen. Ebenso entfällt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

**+49 18 01 - 57 78 75**

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

#### 4. Zahnersatz

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

im Tarif WGZ2 20% des Rechnungsbetrages,

im Tarif WGZ3 30% des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde.

Inlays gelten nicht als Zahnersatz.

#### 5. Zahnersatz und Heilpraktiker

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

im Tarif WGZ4 40% des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne, Inlays, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde;

für Behandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes sowie für die vom behandelnden Heilpraktiker verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel

im Tarif WGZ4 80% des Rechnungsbetrages

höchstens jedoch bis insgesamt 100,- EUR im ersten Kalenderjahr und insgesamt 200,- EUR im zweiten Kalenderjahr. Danach beträgt der Erstattungsbetrag pro Kalenderjahr höchstens insgesamt 400,- EUR.

#### Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzliche Krankenkasse / Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

Das Kurtagegeld und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen der Tarife können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen

Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind und mindestens 55 Jahre alt (laufendes Kalenderjahr abzüglich Geburtsjahr) sind.

#### Tarif NH

##### Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

##### Naturheilverfahren

**100 %** des Rechnungsbetrags für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes einschließlich der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel bis zu kalenderjährlich insgesamt 1.000,- EUR. Die Erstattung ist im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 100,- EUR, im zweiten Kalenderjahr auf insgesamt 200,- EUR begrenzt. Aufwendungen für Ärzte sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, Aufwendungen für Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung.

##### Vorrang anderer Versicherungsleistungen

Sind Naturheilverfahren durch die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder durch ein Versicherungsverhältnis im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) oder durch eine beim Versicherer bestehende Krankheitskosten-Zusatzversicherung mitversichert oder besteht ein Anspruch nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften, gehen diese Leistungsansprüche den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NH vor und sind zuerst bei dem jeweiligen Kostenträger geltend zu machen.

##### Nachrang anderer Versicherungsleistungen

Leistungsansprüche aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung gehen den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NH nach, so dass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif NH und dann - soweit ein verbleibender Rechnungsbetrag erstattungsfähig ist - tariflich aus der Krankheitskosten-Vollversicherung leistet.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

##### Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt. Erstattungen aus dem Tarif NH hindern einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung anderer Tarife nicht.

##### Auszug aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapierichtungen, 5. Auflage 2009

- Anthroposophische Medizin
- Ayurveda
- Bioenergetische Medizin
- Eigenblutbehandlungen
- Enzymtherapie
- Ernährungstherapie - komplementäre Allergiebehandlung
- Feldenkrais-Methode
- Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden
- Hyperthermie
- Kinesiologie
- Lüscher-Color-Test
- Mikrobiologische Therapie
- Neuraltherapie
- Organotherapie
- Orthomolekulare Therapie
- Osteopathie
- Physikalische Therapie
- Phytotherapie
- Proteomik - Funktionelle Proteomik nach CEIA
- Sauerstofftherapien
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
- Thermographie
- Umweltmedizin

#### Tarif AG80

##### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet **nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen**

**Krankenversicherung** im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei ambulanter Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt für

- ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegelder des Arztes,
- Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie,
- Arzneien, Verbandsmittel, Heilmittel,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers,
- Vorsorgeuntersuchungen

**80 %** des verbleibenden Rechnungsbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die gesetzlich festgelegten Zuzahlungen sowie die wegen der Wahl der Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

Übersteigen die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von 1.000,- EUR, so erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 20 %.

Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet hat, beträgt die Erstattung 40 % des Rechnungsbetrages, für Behandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes ebenfalls 40 % des Rechnungsbetrages.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

#### **Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)**

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzliche Krankenkasse / Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind.

### **Tarif AGZ**

#### **Versicherungsleistungen**

Der Versicherer erstattet nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kosten der Zahnbehandlung, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen

**80 %** des verbleibenden Restbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die wegen der Wahl als Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse geendet hat, beträgt die Erstattung 40 % des Rechnungsbetrages.

#### **Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)**

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzliche Krankenkasse / Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) sowie im Tarif AG80 versichert sind. Die Versicherung nach Tarif AGZ endet mit dem Wegfall von einer dieser Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit.

### **Tarif 10**

#### **Krankenhaustagegeldversicherung**

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Versicherungsfall ein Krankenhaustagegeld.

Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

Das Krankenhaustagegeld wird ungekürzt ausgezahlt. Es wird nicht auf Leistungen einer etwa bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angerechnet.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Das Krankenhaustagegeld muss mindestens EUR 10,- betragen.

Die Tarife SG1, SG2, WG, ZG20, ZG30, ZG50, ZG70, ZH40, ZGB, WGZ2, WGZ3, WGZ4, NH, AG80, AGZ und 10 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

bestehend aus

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

Teil II: Tarifbedingungen

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt bei den Tarifen ZGB, WGZ2, WGZ3, WGZ4 und NH der Vorhundertssatz 5%.

#### **Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)**

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt.

### **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

1.522/11.09 Stand 01.01.10

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

Teil II: Tarifbedingungen

### **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

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

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

#### **1. zu § 1 (2) MB/KK 2009 Gezielte Vorsorgeuntersuchungen**

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sind ohne Altersbegrenzung erstattungsfähig.

#### **2. zu § 1 (2) MB/KK 2009 Hospiz**

Als Versicherungsfall gilt auch die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht. Bei einem anderweitigen Leistungsanspruch (z.B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung) ist der Versicherer nur für die nach der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

(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.

#### **3. zu § 1 (3) MB/KK 2009 Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes**

Bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes darf der Erstattungsprozentsatz des Tarifs zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet, schriftlich anzuzeigen.

In diesem Fall ändert der Versicherer – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß dem jeweiligen Tarif zum Ersten des Monats, in dem die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes eintritt.

Erlangt der Versicherer von der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes Kenntnis, ohne dass der Versicherungsnehmer diese angezeigt hat, oder zeigt der Versicherungsnehmer diese später als sechs Monate nach Eintritt der Erhöhung an, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsschutz zum nächstfolgenden Monatsersten im Sinne von Absatz 1 zu ändern.

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

#### 4. zu § 1 (4) MB/KK 2009 Versicherungsschutz im Ausland

- Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
- Bei längerem Aufenthalt außerhalb Europas kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.
- Für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten innerhalb und außerhalb Europas gilt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (siehe 3. zu § 5 MB/KK 2009 Gebührenordnung) entsprechend.

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und 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.

#### 1. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Vertragsdauer

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

#### 2. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

#### 3. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Verminderung des Beihilfebemessungssatzes

Vermindert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung, die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gezahlt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Verminderung

des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfalls des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem sich der Beihilfebemessungssatz vermindert oder der Beihilfeanspruch entfällt oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht.

Die Gründe für die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder des Wegfalls des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

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

#### 4. zu § 2 (2) MB/KK 2009 Nachversicherung Neugeborener

Das Erfordernis einer dreimonatigen Versicherung beim Versicherer entfällt, wenn beim Übertritt aus einer gleichartigen privaten Krankenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung die bisherige Versicherung mindestens drei Monate bestanden hat.

(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

- bei Unfällen;
- für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

#### 1. zu § 3 (2) b) MB/KK 2009 Verzicht auf besondere Wartezeiten

Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

(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.

#### 2. zu § 3 (4) MB/KK 2009 Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller sechs Wochen – vom Tage des Eingangs des ärztlichen Untersuchungsberichtes beim Versicherer ab gerechnet – an seinen Antrag gebunden.

Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von vierzehn Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(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.

#### 3. zu § 3 (5) MB/KK 2009 Wartezeiten bei Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung

Das Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf ambulante und stationäre Heilbehandlung wird dem Ausscheiden aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.

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

#### 4. zu § 3 MB/KK 2009 Wartezeitermäßigung bei Erhöhung des Versicherungsschutzes

Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes wird die Laufzeit bisheriger gleichartiger Versicherungen auf sämtliche Wartezeiten angerechnet.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

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

## 1. zu § 4 (1) MB/KK 2009 erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

Wird für einen Tarif oder eine Tarifstufe durch die Mitgliedervertretung die Ausschüttung einer Beitragsrückerstattung beschlossen, so entsteht mit dem Ablauf eines Kalenderjahres ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, wenn die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif oder dieser Tarifstufe versichert war und in keinem der versicherten Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldtarife Versicherungsleistungen für sie für das abgelaufene Kalenderjahr erbracht worden sind. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entfällt jedoch, wenn

- für die betreffende Person im abgelaufenen Kalenderjahr weniger als zwölf monatliche Beitragsraten fällig waren,
- die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr für den Versicherungsvertrag nach einer Mahnung nach § 38 VVG einschließlich der Mahnkosten nicht innerhalb der dort festgelegten Zahlungsfrist gezahlt wurden, bzw. im abgelaufenen Kalenderjahr die Leistungen des Versicherers nach einer Mahnung von Beiträgen zur Pflichtversicherung ganz oder teilweise geruht haben (§ 193 Abs. 3 u. 6 VVG) bzw. im abgelaufenen Kalenderjahr bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII die Beiträge zur Pflichtversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) und Mahnkosten nach einer Mahnung nicht innerhalb der dort festgelegten Zahlungsfrist gezahlt wurden,
- die Versicherung dieser Person oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhevereinbarung wegen Wehrpflicht/Zivildienst am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr bestanden hat. Bei Kündigung wegen gesetzlicher Versicherungspflicht oder bei Tod bleibt ein bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung erhalten.

Maßstab für die Bemessung der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifs oder der Tarifstufe, aus denen die Beitragsrückerstattung gewährt wird. Als monatliche Beitragsrate gilt 1/12 der für diesen Tarif oder diese Tarifstufe im leistungsfrei gebliebenen Kalenderjahr entrichteten Beiträge. Beiträge zur Anwartschaftsversicherung werden hierbei nicht berücksichtigt. Die Ausschüttungen erfolgen in der zweiten Hälfte des Folgejahres als Auszahlungen oder Gutschriften oder werden als Einmalbeitrag zur dauernden Senkung des Beitrages oder zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter verwendet.

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

## 2. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 ambulante Heilbehandlung durch Ärzte und Heilpraktiker

- Wegegebühren werden in tarifmäßigem Umfang erstattet, wenn es dem Versicherten aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich war, den Arzt selbst aufzusuchen. Die Erstattung wird nach der Entfernung des nächst erreichbaren Arztes berechnet.
- Für die Dialysebehandlung leistet der Versicherer nach den Tarifen für ambulante Heilbehandlung, soweit die Dialysebehandlung nicht im Rahmen einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

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

## 3. zu § 4 (3) MB/KK 2009 Arzneimittel / Schutzimpfungen

Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.

## 4. zu § 4 (3) MB/KK 2009 Heilmittel

Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlung, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlung, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen.

Aufwendungen für Massagen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen werden über den in der Gebührenordnung für Ärzte festgelegten Gebührenrahmen hinaus bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes erstattet. Sind erstattungsfähige Heilmittel nicht in der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt, werden die Aufwendungen bis zu den beihilfefähigen Höchstsätzen erstattet.

Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heilberufe (z.B. Masseurinnen) erbracht werden.

## 5. zu § 4 (3) MB/KK 2009 Hilfsmittel

- Als kleine Hilfsmittel gelten Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe.
- Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Kran-

kenfahrstühle, Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z. B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentratoren).

- Leistungen für die unter den Absätzen a) und b) genannten Hilfsmittel werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt.
- Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel (z.B. Perücken, Haarteile), für Kontroll- und Behandlungsgeräte (z.B. Inhaliergeräte, Blutdruckmessgeräte), für sanitäre Bedarfsartikel (z.B. Massagegeräte, Heizkissen), für den Betrieb von Hör- und Sprechgeräten (z.B. Ersatzbatterien, Ladegeräte) sowie Aufwendungen zur Reinigung von Kontaktlinsen.

## 6. zu § 4 (1-3) MB/KK 2009 Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen

Erstattungsfähig sind die infolge eines Unfalls oder medizinischen Notfalls angefallenen notwendigen Transportkosten zum oder vom Arzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom oder zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- oder Strahlentherapie. Wird der Versicherte mit einem privaten Personenkraftwagen befördert, sind die Transportkosten nach Satz 1 und 2 in Höhe von EUR 0,30 pro Kilometer erstattungsfähig.

## 7. zu § 4 (1-3) MB/KK 2009 nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für Pflegepersonal, Desinfektionen sowie für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke;
- für Nähr- und Stärkungsmittel (auch sexuelle), auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind, für Weine, Tees, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;
- für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.

(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.

## 8. zu § 4 (4) MB/KK 2009 Leistungen für die Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr

Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt.

## 9. zu § 4 (4) MB/KK 2009 teilstationäre Heilbehandlung

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

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

## 10. zu § 4 (4-5) MB/KK 2009 stationäre Heilbehandlung

Die Transportkosten mit einem je nach Lage des Falles angemessenen Transportmittel zum und vom Krankenhaus übernimmt im Rahmen des im Leistungstarif festgelegten Höchstsatzes der Versicherer, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, diese ärztlicherseits bescheinigt wird und wenn öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden konnten. Die Transportkostenerstattung wird nach der Entfernung bis zum nächstgelegenen Krankenhaus berechnet.

Für die Benutzung des eigenen Personenkraftwagens oder eines Personenkraftwagens des Ehegatten, der Eltern und Kinder erfolgt keine Erstattung.

## 11. zu § 4 (5) MB/KK 2009 gemischte Krankenanstalten

Der Versicherer kann sich auf die fehlende Leistungszusage gemäß § 4 (5) MB/KK 2009 nicht berufen, wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, wenn es sich um eine Notfallanweisung handelte, wenn die Krankenanstalt die einzige in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

## 12. zu § 4 (1-5) MB/KK 2009 Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt

Als Behandlung wegen Schwangerschaft gilt auch ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch.

## 13. zu § 4 (1-5) MB/KK 2009 betragsmäßige Festlegungen

- Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z.B. Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahr. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduzieren sich die Beträge für jeden nicht versicherten Monat um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.

b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.

c) Der Vorstand kann zur Vermeidung unbilliger Härten über die tarifmäßigen Erstattungen hinaus Mehrleistungen gewähren.

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

## § 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;

### 1. zu § 5 (1) b) MB/KK 2009 Entziehungsmaßnahmen

Für eine erstmalige stationäre Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, wird geleistet, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Unabhängig von dem für stationäre Behandlung vereinbarten Krankheitskostentarif sind nur Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Das Krankenhaus muss zudem im Landeskrankenhausplan aufgenommen sein.

Berechnet das Krankenhaus die Aufwendungen nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegeverordnung (BpflV), werden die Aufwendungen bis zur Höhe des niedrigsten Pauschalpflegesatzes (inkl. Arztleistungen, Heilmittel, sonstige Nebenleistungen etc.) erstattet. Berechnet das Krankenhaus neben dem Tagessatz zusätzlich Arzt- bzw. Heilmittel- oder sonstige Nebenkosten, wird der Erstattungsbetrag um einen Selbstbehalt von 20% der Gesamtkosten gekürzt.

Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

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;

### 2. zu § 5 (1) d) MB/KK 2009 Anschlussheilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass sich die Behandlung innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt.

Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so ist der Versicherer – unbeschadet eines Anspruches auf Krankenhaustagegeld – nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

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

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

### 3. zu § 5 (1) e) MB/KK 2009 ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Der Versicherer leistet auch für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, nicht aber für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (vgl. § 5 (1) d) MB/KK 2009).

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.

(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.

## 4. zu § 5 MB/KK 2009 Psychotherapie

Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen einschließlich der Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) werden gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Neben ärztlichen Behandlern können Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden, die gemäß § 95 c Sozialgesetzbuch V die Voraussetzungen für die Eintragung ins Arztregister (Approbation und Fachkundenachweis) erfüllen.

## 5. zu § 5 MB/KK 2009 Gebührenordnung

Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Liquidation, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

### 1. zu § 6 (1) MB/KK 2009 Leistungsunterlagen

a) Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Urschriften gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeldzahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.

b) Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung einzureichen.

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

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

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

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

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

### 2. zu § 6 (6) MB/KK 2009 Krankenausweis

Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

### Pflichten des Versicherungsnehmers

## § 8 Beitragszahlung

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

### 1. zu § 8 (1) MB/KK 2009 Beitragsrate

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

- b) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an gelten „Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler“ oder es ist der Beitrag für erwachsene Mitglieder mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen. Diese Beitragsänderungen gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 (5) MB/KK 2009.
- c) Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen sind in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mitversichert (vgl. aber § 5 (3) MB/KK 2009).

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn 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.

## 2. zu § 8 (4) MB/KK 2009 Fälligkeit Erstbeitrag

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsteil 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 Beitragsteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit 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 das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) 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.

## 3. zu § 8 (7) MB/KK 2009 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z.B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

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

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

## § 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des 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 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.

### 1. zu § 8a (2) MB/KK 2009 Beitragsberechnung

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

### 2. zu § 8a (2) MB/KK 2009 Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Deckungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes jährlich zugeschrieben und verwendet.

### 3. zu § 8a (2) MB/KK 2009 Zuzahlung von Einmalbeiträgen

Der Versicherungsnehmer hat nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Versicherten jederzeit das Recht, Einmalbeiträge zur dauernden Senkung der Beiträge einzuzahlen. Dieses Recht beschränkt sich auf Tarife der Krankheitskostenversicherung, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird und darf nur insoweit ausgeübt werden, als unter Berücksichtigung der Beträge gemäß Ziffer 2 der niedrigste Erwachsenenbeitrag nicht unterschritten wird. Auch bei Wechsel in einen anderen Tarif oder eine andere Tarifstufe bleibt der Nachlass grundsätzlich erhalten.

(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 Vmhundertersatz, 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 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 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) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

### zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung

Für den Vergleich der Versicherungsleistungen beträgt der tariflich vereinbarte Vmhundertersatz 7,5%, für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeit gilt der gesetzliche Vmhundertersatz von 5%.

## § 9 Obliegenheiten

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

### zu § 9 (1) MB/KK 2009 Verzicht auf Anzeige der Krankenhausbehandlung

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

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

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

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

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

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

## § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

## § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

## § 12 Aufrechnung

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

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

#### 1. zu § 13 (1) MB/KK 2009 Versicherungsjahr und Vertragsdauer

Vergleiche dazu die Ziffern 1 und 2 zu § 2 (1) MB/KK 2009.

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

#### 2. zu § 13 (3) MB/KK 2009 Ruhen der Rechte und Pflichten

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend infolge Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird, eine versicherte Person vorübergehend in eine studentische Pflichtversicherung eintreten muss oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

Der Versicherer ist leistungsfrei für alle Leistungsansprüche, die in die Ruhezeit fallen. Vom Ende der Ruhezeit an werden die vertraglichen Leistungen auch für solche Versicherungsfälle gezahlt, die während der Ruhezeit eingetreten sind. Erstattet werden die für Behandlung nach Beendigung des Ruhens entstehenden Kosten.

Krankenhaustagegeld wird für die Krankenhausbehandlung nach Beendigung des Ruhens gezahlt.

Abgesehen von der Ableistung der Wehrpflicht oder des Zivildienstes ist bei einer Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses von mehr als sechs Monaten der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erforderlich.

(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 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 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes 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 einbehalten.

(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.

#### 3. zu § 13 (10) MB/KK 2009 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

#### 4. zu § 13 (11) MB/KK 2009 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Wirksamwerden der Kündigung für den Zeitraum ab deren Wirksamwerden zu stellen.

##### § 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 Krankenhaustageversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach § 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.

##### zu § 14 (1) und (2) MB/KK 2008 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

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

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

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

##### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

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

##### zu § 15 MB/KK 2009 Trennung von Vertragsteilen

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seine Vertragsteile als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

#### 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.

##### § 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 höchststrichterliche 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, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

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

##### § 20 Wechsel in den Basistarif

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

#### Anhang

##### Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

###### § 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

##### Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz

###### § Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für:

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet.
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

## Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

### § 19 Anzeigepflicht

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

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie

die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

### § 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.

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung - Auszug

1.519/03.11

Stand: 01.05.11

Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2009)

Teil II Tarifbedingungen

### Tarif PS

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.

(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 Orientierungs-

störungen 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- oder Blasenentleerung,
- b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, 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 Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(9) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

### zu § 1 (11) MB/EPV 2009 Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung auf das Ausland ausgedehnt werden.

(12) 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 spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). 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 ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und 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 Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

### 1. zu § 2 MB/EPV 2009 Vertragsdauer

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

### 2. zu § 2 MB/EPV 2009 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1.7. eines Jahres bis 30.6. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.6..

### 3. zu § 2 MB/EPV 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer bietet, soweit die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pflegegeld wegen der Entwicklung der Pflegekosten zu erhöhen. Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pflegegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen nach dieser Vorschrift. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Die Bestimmungen für die Erhöhung des Versicherungsschutzes finden grundsätzlich Anwendung. Für die Anpassung entfallen jedoch erneute Wartezeiten und eine erneute Risikoprüfung.

## § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

### zu § 3 MB/EPV 2009 Entfall der Wartezeiten

Die Wartezeit entfällt.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

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

### zu § 4 MB/EPV 2009 erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- c) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

### 1. zu § 5 c) MB/EPV 2009 Leistungspflicht im Ausland

Die Leistungspflicht kann durch besondere Vereinbarung auf das Ausland ausgedehnt werden.

d) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

e) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, 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 nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

f) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

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

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

(5) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

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

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

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

#### 1. zu § 8 (1) MB/EPV 2009 Beitragsrate

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

b) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für erwachsene Mitglieder mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.

Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 (4) MB/EPV 2009.

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

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

#### 2. zu § 8 (3) MB/EPV 2009 Fälligkeit Erstbeitrag

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei späterem Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

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

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

#### 3. zu § 8 (5) MB/EPV 2009 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z.B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(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 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 Alterungsrückstellung zu bilden ist.

#### 1. zu § 8 a (2) MB/EPV 2009 Beitragsberechnung

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

#### 2. zu § 8 a (2) MB/EPV 2009 Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Pflegekrankenversicherungstarifen zusätzliche Beiträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes jährlich zugeschrieben und verwendet.

#### 3. zu § 8 a (2) MB/EPV 2009 Zuzahlung von Einmalbeiträgen

Der Versicherungsnehmer hat nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Versicherten jederzeit das Recht, Einmalbeiträge zur dauernden Senkung der Beiträge einzuzahlen. Dieses Recht beschränkt sich auf Tarife, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird und darf nur insoweit ausgeübt werden, als unter Berücksichtigung der Beträge gemäß Ziffer 2 der niedrigste Erwachsenenbeitrag nicht unterschritten wird. Auch bei Wechsel in einen anderen Tarif oder eine andere Tarifstufe bleibt der Nachlass grundsätzlich erhalten.

(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.

### § 8 b Beitragsanpassung

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

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

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

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

## zu § 8b MB/EPV 2009 Beitragsanpassung

Für den Vergleich der Versicherungsleistungen beträgt der tariflich vereinbarte Vomhundertsatz zu Tarif PE 7,5%, zu Tarif PS 5%. Für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt zu Tarif PE und zu Tarif PS der gesetzliche Vomhundertsatz von 5%.

## § 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

### 1. zu § 9 (1) MB/EPV 2009 Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche ab ärztlicher Feststellung anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang).

### 2. zu § 9 (2) MB/EPV 2009 Anzeigepflicht

Auf die Anzeige des Bestehens eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V wird verzichtet.

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

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

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

### 3. zu § 9 (6) MB/EPV 2009 Einwilligung bei weiteren Pflegeversicherungen

Das Einverständnis nach § 9 (6) bezieht sich auf weitere Pflegekrankenversicherungen.

## § 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. 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. 6 genannte Obliegenheit 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. 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 von 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 geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), an den Versicherer schriftlich abzutreten.

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

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

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

## § 12 Aufrechnung

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

## Ende der Versicherung

## § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

### 1. zu § 13 (1) MB/EPV 2009 Versicherungsjahr und Vertragsdauer

Vergleiche dazu die Ziffern 1 und 2 zu § 2 MB/EPV 2009.

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 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.

### 2. zu § 13 (6) MB/EPV 2009 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

## § 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

### zu § 14 (1) MB/EPV 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (1) MB/EPV 2009 zustehende 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) In der Pfl egetagegeldversicherung endet das Versicherungs-verhältnis einer versicherten Person, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

#### zu § 15 MB/EPV 2009 Trennung von Vertragsteilen

Liegt ein Ehescheidungs Urteil vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seinen Vertragsteil als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

## 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.

### § 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 höchstgerichtliche 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

### Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

#### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

#### § 19 Anzeigepflicht

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

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

#### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

#### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

#### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

#### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er 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.

## Tarif PS

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer erbringt im Rahmen der vereinbarten Tarifeinheiten und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Teil I: Musterbedingungen MB/EPV 2009, Teil II: Tarifbedingungen) folgende Leistungen:

#### Monatliches Pflegegeld

Zahlung des für häusliche / teilstationäre Pflege (folgend: ambulante Pflege) vereinbarten monatlichen Pflegegeldes,

Zahlung des für vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege (folgend: stationäre Pflege) vereinbarten monatlichen Pflegegeldes

in der Tarifeinheit

PS0	bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 0
PS1	bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I
PS2	bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II
PS3	bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III

#### Beschreibung der Pflegestufen

- Pflegestufe 0 (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz/ Demenz) liegt vor bei pflegebedürftigen Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, in ihrer Alltagskompetenz aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen aber auf Dauer erheblichen Einschränkungen unterliegen, so dass ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.
- Pflegestufe I liegt vor bei erheblich pflegebedürftigen 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.
- Pflegestufe II liegt vor bei schwerpflegebedürftigen 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.
- Pflegestufe III liegt vor bei schwerstpflegebedürftigen 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.

Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

#### Höhe der Leistungen

Das vereinbarte monatliche Pflegegeld darf sowohl für ambulante Pflege wie für die stationäre Pflege in der Pflegestufe 0 nicht höher sein als in der Pflegestufe I, in der Pflegestufe I nicht höher sein als in der Pflegestufe II und in der Pflegestufe II nicht höher sein als in der Pflegestufe III. Innerhalb einer Pflegestufe darf es für die ambulante Pflege nicht höher sein als für die stationäre Pflege.

Die vorstehenden Regelungen gelten auch, wenn für eine Pflegestufe eine Anwartschaftsversicherung für ambulante Pflege und/ oder für die stationäre Pflege abgeschlossen wird.

Ist innerhalb einer Pflegestufe für die stationäre Pflege ein höheres Pflegegeld als für die ambulante Pflege vereinbart, kann der Versicherer bei stationärer Pflege auch einen Nachweis verlangen, dass die stationäre Pflege von der privaten bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung befürwortet wird. Befürwortet die private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung die stationäre Pflege nicht, besteht ein Leistungsanspruch nur in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes. Wird der Nachweis der Befürwortung einer stationären Pflege nicht innerhalb von zwei Monaten nach Aufforderung durch den Versicherer erbracht, besteht während der Dauer der stationären Pflege solange nur Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes wie der angeforderte Nachweis beim Versicherer nicht vorliegt. Das höhere Pflegegeld ist dann ab dem Ersten des Monats zu zahlen, der auf den Eingang des Nachweises beim Versicherer folgt.

#### Zeitpunkt der Leistungserbringung

Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden in Abweichung von § 6 (1) MB/EPV 2009 bereits zu Beginn des Monats erbracht, der auf die Feststellung der Pflegebedürftigkeit folgt. Entsprechendes gilt für die Leistungserbringung bei einer Veränderung der Pflegestufen sowie bei einem Wechsel von der ambulanten Pflege in die stationäre Pflege und umgekehrt. Über die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist ein Nachweis zu erbringen. Erfolgt der Nachweis später als drei Monate nach dieser Einstufung werden die Leistungen vom Beginn des Monats erbracht, in dem der Nachweis beim Versicherer eingegangen ist.

#### Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch ein ärztliches Gutachten.

Liegt bereits eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, ist diese Einstufung für die Festlegung der

Pflegestufe in der abgeschlossenen Tarifeinheit maßgeblich. In diesem Fall entfällt die gesonderte ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 9 (1) Teil I MB/EPV 2009.

Liegt keine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, insbesondere weil der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland hat, hat sich der Versicherte wegen der Einstufung der Pflegebedürftigkeit von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Beauftragung wird in der Regel an einen in Deutschland ansässigen Arzt erfolgen. Dessen Reisekosten ins Ausland und nach Deutschland sind vom Versicherten zu tragen.

#### Assistanceleistungen

Nach Eintritt des Versicherungsfalles hat die versicherte Person – sofern die Assistanceleistung in Deutschland durchgeführt wird – Anspruch auf:

- Benennung und Vermittlung von Fahrdiensten zu Ärzten und Behörden,
- Organisation einer Essensauslieferung nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst (tägliche oder wöchentliche Anlieferung),
- Organisation einer Einkaufshilfe, die die Einkäufe des täglichen Bedarfs und die Arzneimittelbeschaffung erledigt, den Einkaufszettel zusammenstellt und die eingekauften Lebensmittel unterbringt,
- Organisation einer Hilfe, die das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche, die Schuhpflege und die Reinigung der Wohnung übernimmt,
- Organisation einer Tag- und/oder Nachtwache zur pflegerischen Versorgung,
- Organisation einer Beratung zum behindertengerechten Umbau von Wohnungen und Kraftfahrzeugen,
- Benennung und Vermittlung des Anschlusses eines Hausnotrufgerätes ggf. auch temporär zur Überbrückung der Zeit bis zu einer stationären Aufnahme,
- Vermittlung von ambulanten Pflegediensten in der Region oder am Wohnort des Versicherten,
- Vermittlung von Plätzen in seniorengerechten Einrichtungen z. B. in Seniorenwohnhäusern, Seniorenwohngemeinschaften, betreutem Wohnen, Alten- und Pflegeheimen, Kurzzeitpflegeplätze, Hospizplätze,
- Benennung von europaweiten Adressen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Organisation einer Kinderbetreuung,
- Benennung einer Tierpension bzw. eines Tierheims zur Haustierversorgung,
- Vermittlung einer ärztlichen Beratung im Rahmen der Pflegebedürftigkeit.

Versicherungsschutz besteht nur für die Benennung bzw. Vermittlung, nicht für die Bezahlung der benannten bzw. vermittelten Leistung.

#### Europageltung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich abweichend zu §§ 1 Abs. 11 und 5 c) MB/EPV 2009 auch auf Pflege in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz. Dementsprechend führt die Verlegung des Wohnsitzes der versicherten Person in einen dieser Staaten in Abweichung zu § 15 Abs. 3 MB/EPV 2009 nicht zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person.

#### Einmalzahlung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit (optional) Tarifeinheit PSU

Zahlung des vereinbarten Einmalbetrags aus der Tarifeinheit PSU, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls erstmals pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) wird.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden. Voraussetzung für die Leistung bei Unfall ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird. Der Anspruch auf die schriftlich geltend gemachte Einmalzahlung ist dann einen Monat nach Eingang des ärztlichen Nachweises beim Versicherer fällig, jedoch nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach dem Unfall.

Der Anspruch auf Einmalzahlung besteht nicht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall verstirbt.

#### Beitragsbefreiung

Wird eine versicherte Person pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) entfällt für sie die Pflicht zur Beitragszahlung. Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Monat, der auf die Einstufung in die Pflegestufe folgt. Sie endet mit Ablauf des Monats in dem Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0 vorliegt oder keine Pflegebedürftigkeit mehr gegeben ist.

## Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres

(1) Der Versicherer erhöht das monatliche Pflegegeld in den versicherten Tarifeinheiten alle 2 Jahre zum Ersten des Monats des Versicherungsbeginns um 5%. Voraussetzung für die Anpassung ist,

- a) dass die versicherte Person das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- b) dass der Versicherungsschutz in allen vereinbarten Tarifeinheiten in den letzten 24 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes nicht geändert hat.

Eine Beitragsbefreiung steht der planmäßigen Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes nicht entgegen.

(2) Die Anpassung darf in der Tarifeinheit PS3 nicht zu einer Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes auf über 4500,- Euro führen. Würde sich durch die Anpassung ein höheres monatliches Pflegegeld ergeben, wird dieses auf 4500,- Euro begrenzt. Auch die Tarifeinheiten PS0, PS1 und PS2 können dann nicht mehr nach dieser Vorschrift angepasst werden.

Der Höchstbetrag kann mit Zustimmung des Treuhänders für Prämienänderungen (§ 12b VAG) der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

(3) Die Erhöhung bezieht sich auf das zuletzt vereinbarte monatliche Pflegegeld und wird auf den nächsten vollen Euro aufgerundet. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikoschläge und Ausschlüsse für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend. Der Versicherungsnehmer wird über die Leistungsanpassungen spätestens einen Monat vor deren Wirksamwerden informiert. Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach deren Wirksamwerden schriftlich widerspricht. Macht der Versicherungsnehmer an drei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen von seinem Widerspruchsrecht Gebrauch, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen nach dieser Vorschrift.

(4) Die vorstehenden Regelungen gelten in Abweichung zu Teil II Tarifbedingungen (3. zu § 2 MB/EPV 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes).

## Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags nach Vollendung des 70. Lebensjahres ("D") (optional)

(1) Der Versicherer bietet, wenn die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat und das Recht auf künftige Leistungsanpassungen nicht bereits gemäß dem Abschnitt „Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres“ unter Absatz 3 letzter Satz erloschen ist, alle 2 Jahre zum Ersten des Monats des Versicherungsbeginns Gelegenheit, das monatliche Pflegegeld um 5% zu erhöhen. Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden, das dem Versicherungsnehmer zum Anpassungszeitpunkt zugesandt wird. Nimmt der Versicherungsnehmer an drei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen nicht teil, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen.

Die im Abschnitt „Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres“ unter Absatz 1 b) und unter Abs. 2 aufgeführten Voraussetzungen gelten entsprechend, ebenso die Ausführungen im dortigen Absatz 3 zur Berechnung des Beitrags.

Eine Beitragsbefreiung steht der planmäßigen Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes nicht entgegen.

(2) Die vorstehenden Regelungen gelten in Abweichung zu Teil II Tarifbedingungen (3. zu § 2 MB/EPV 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes).

## Anwartschaftsversicherung (AWV) (optional)

### Abschluss

Der Abschluss einer AWV ist für die Tarifeinheiten PS0, PS1 und PS2 möglich.

### Leistungsinhalt

Durch den Abschluss einer AWV wird das Recht erworben, die in Anwartschaft gestellten Tarifeinheiten bei gleichbleibender Höhe des monatlichen Pflegegeldes in Kraft zu setzen. Während der Laufzeit der AWV ist der Versicherer hinsichtlich der in Anwartschaft gestellten Tarifeinheiten leistungsfrei. Ab dem Umwandlungstermin beginnt die Leistungspflicht des Versicherers, die ohne erneute Gesundheitsprüfung alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen umfasst.

Der Antrag auf Inkraftsetzung der in Anwartschaft gestellten Tarifeinheiten kann zum Zeitpunkt der Vollendung des 30., des 35., des 40., des 45., des 50., des 55., des 60. und des 65. Lebensjahres gestellt werden. Umwandlungstermin ist der Erste des Geburtsmonats. Der Antrag ist mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Umwandlungstermin zu stellen. Eine Antragstellung ist nicht möglich, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

### Beiträge

Die Beiträge für die AWV betragen, sofern keine Versicherung nach Tarif PS vorange-

gangen ist oder eine solche zu Beginn der Anwartschaft längstens 5 Jahre bestanden hat, 5%, sonst 1% des jeweils für den Versicherten geltenden Beitrages der in Anwartschaft stehenden Tarifeinheit. Ändert sich deren Beitrag, ändert sich der Beitrag der AWV entsprechend.

Ab dem Umstellungstermin sind die dann gültigen Beiträge zu entrichten. Der Beitragsberechnung wird das zu diesem Zeitpunkt erreichte Eintrittsalter des Versicherten zugrunde gelegt.

### Beendigung

Mit der Umstellung in die in Anwartschaft stehende Tarifeinheit endet die AWV. Wird von dem letztmaligen Recht auf Umstellung kein Gebrauch gemacht oder wird die AWV gekündigt, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

Die AWV endet darüber hinaus zum Ersten des Monats, in welchem bei der versicherten Person Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

## Anpassung des Versicherungsschutzes an gesetzliche Rahmenbedingungen

Führt der Versicherer aufgrund einer Änderung der gesetzlichen Bestimmungen zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung einen neuen Pflegegeldtarif ein, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt, wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer ein Angebot auf Umstellung in den neuen Pflegegeldtarif in der bisherigen Höhe des Pflegegeldes unterbreiten. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Ein Angebot wird nicht unterbreitet, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Die Tarifeinheit PSU kann nicht ohne die Tarifeinheit PS3 bestehen.

Diese Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, bestehend aus

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

Teil II: Tarifbedingungen

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld-, Krankentagegeld- und ergänzenden Pflegeversicherung (AVB/AWV)\*

1.599/07.10

Stand: 01.01.09

### 1. Vorbemerkungen

1.1 Eine Anwartschaftsversicherung (AWV) kann sowohl für die mit dem Antrag auf AWV neu beantragten wie auch für bestehende Tarife abgeschlossen werden.

1.2 Der Abschluss einer AWV ist möglich für die Dauer:

- einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht,
- des Anspruchs auf Familienhilfe bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
- des Anspruchs auf freie Heilfürsorge,
- der Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler sowie für Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen,
- eines längeren Auslandsaufenthaltes.

1.3 Der Abschluss einer AWV ist hinsichtlich der stationären Tarife S101 und S102 auch möglich

- für die Dauer der Berufstätigkeit nur eines Ehegatten, wobei beide Ehegatten sowie deren Kinder beim Versicherer nach Tarif S103 zu versichern sind,
- für die Dauer gemäß den Regelungen unter Punkt 2.2 letzter Absatz.

Im Rahmen dieser Anwartschaftsversicherung ist bei Neuabschluss einer Krankheitskostenvollversicherung jede versicherte Person nach Tarif S103 zu versichern, bestehende Tarife S101 oder S102 sind in Tarif S103 umzuwandeln. Die AWV wird hinsichtlich der Wahlleistungen im Krankenhaus für den Tarif SG1 bzw. SG2 abgeschlossen. Bei einer Umwandlung einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung hat die AWV den bisher versicherten Wahlleistungen zu entsprechen. Wird für eine versicherte Person keine AWV abgeschlossen, ist zur späteren Umwandlung des Tarifes S103 in den Tarif S101 bzw. S102 eine Risikoprüfung erforderlich (siehe § 1 Abs. 5 MB/KK 2009).

1.4 Der Abschluss einer AWW ist in der Krankentagegeldversicherung darüber hinaus auch möglich:

- nach Aufgabe einer Erwerbstätigkeit für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit,
- für die Dauer der Berufsunfähigkeit oder des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente,
- für die Dauer eines Arbeitsverhältnisses im Ausland hinsichtlich des Tarifes TA6.

Der Antrag auf Umwandlung in die AWW ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe der Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen bzw. innerhalb von zwei Monaten nach Beginn des Arbeitsverhältnisses im Ausland.

1.5 Der Abschluss einer AWW ist in der ergänzenden Pflegeversicherung nur möglich hinsichtlich der Umwandlung des Tarifes PE3 in den Tarif PE1 bzw. PE2 und des Tarifes PE2 in den Tarif PE1 (siehe hierzu die Regelungen unter Punkt 2.2 letzter Absatz) bei gleichbleibender Höhe des Pfl egetagegeldes.

## 2. Leistungen des Versicherers / des Versicherungsnehmers

2.1 Durch den Abschluss einer AWW wird das Recht erworben, die Versicherung nach den Tarifen, für die eine AWW bestanden hat, in Kraft zu setzen oder wieder herzustellen. Bei einer AWW nach Punkt 1.3 gilt dieses Recht für die Umwandlung des Tarifes S103 in den Tarif S101 bzw. S102.

2.2 Während der Laufzeit einer AWW (Anwartschaftszeit) ist der Versicherer leistungsfrei. Die Versicherung wird zum Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen für die AWW weggefallen sind in Kraft gesetzt oder wieder hergestellt. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die Leistungspflicht des Versicherers, die ohne erneute Gesundheitsprüfung alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen umfasst. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Inkraftsetzung oder Wiederherstellung der in Anwartschaft stehenden Tarife spätestens 2 Monate nach Wegfall der Voraussetzungen beantragt wird. Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten angerechnet. Nach Ablauf dieser 2-Monatsfrist kann eine spätere Inkraftsetzung oder Wiederherstellung der in Anwartschaft stehenden Tarife von besonderen Bedingungen (Gesundheitsprüfung, neue Wartezeiten, Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse) abhängig gemacht werden. In Abweichung von Abs. 1 und 2 kann bei einer AWW nach Punkt 1.3 Alternative 2 der Antrag auf Umwandlung des Tarifes S103 in den Tarif S101 bzw. S102 zum Zeitpunkt des Erreichens des 30., des 35., des 40., des 45. und des 50. Lebensjahres der versicherten Person gestellt werden. Umwandlungstermin ist der Erste des Geburtsmonats. Der Antrag ist mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Umwandlungstermin zu stellen und kann zudem die Umwandlung des Tarifes S103 für in diesem Tarif versicherte Kinder enthalten. Bei einer AWW nach Punkt 1.5 gelten die vorgenannten Regelungen dieses Absatzes entsprechend, wobei der Antrag auf Umwandlung in den Tarif PE1 bzw. PE2 darüber hinaus auch zum Zeitpunkt des Erreichens des 55., des 60. und des 65. Lebensjahres gestellt werden kann.

2.3 Vom Ersten des Monats an, in dem die AWW beendet wird, sind die dann gültigen Beiträge der Tarife zu entrichten, für die eine AWW abgeschlossen war, bei einer AWW nach Punkt 1.3 die dann gültigen Beiträge für die Tarife S101 bzw. S102, bei einer AWW nach Punkt 1.5 die dann gültigen Beiträge für den Tarif PE1 bzw. PE2. Der Beitragsberechnung wird das dann erreichte Eintrittsalter des Versicherten zugrunde gelegt. Bei Wiederherstellung einer vorher bestanden Versicherung wird eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet (vgl. Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I § 8a Absatz 2), wodurch sich eine Beitragsermäßigung ergibt.

2.4 Die Beiträge für die AWW betragen, sofern keine Versicherung vorangegangen ist oder eine solche zu Beginn der Anwartschaft längstens 5 Jahre bestanden hat, 5 %, sonst 1 % des jeweils für den Versicherten geltenden Beitrages des in Anwartschaft stehenden Tarifs.

2.5 Ändert sich der Beitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifs, ändert sich der Beitrag für die AWW entsprechend.

## 3. Allgemeine Bestimmungen

3.1 Aufnahmefähig sind alle Personen, die das 51. Lebensjahr (bei einer AWW nach Punkt 1.5 das 60. Lebensjahr) noch nicht überschritten haben. Dies gilt nicht für die Umwandlung bestehender Versicherungen in Anwartschaftsversicherungen.

3.2 Mit der Übernahme in einen Krankenversicherungstarif endet die AWW.

3.3 Wird von dem Recht auf Inkraftsetzung oder Wiederherstellung der in Anwartschaft stehenden Tarife kein Gebrauch gemacht oder wird die AWW gekündigt, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

3.4 Soweit vorstehend nichts anderes bestimmt ist, gelten für die Dauer der AWW die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife mit den zugehörigen Tarifbedingungen, für welche die AWW abgeschlossen wurde. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Tarife und der Tarifbedingungen haben insoweit auch für die AWW Gültigkeit. Sollten die in Anwartschaft stehenden Tarife in andere übergeführt werden, so sind die neuen Tarife auch für die AWW gültig.

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die

Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldversicherung, bestehend aus

Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009 und MB/KT 2009)

Teil II Tarifbedingungen.

\* Hinweis: Die vorstehenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten nicht für Anwartschaftsversicherungen infolge einer ordentlichen Kündigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 13 Abs. 11 MB/KK 2009 bzw. § 15 Abs. 2 MB/KT 2009.

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach den Tarifen TA

1.513/09.08 Stand 01.01.09

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

Teil II: Tarifbedingungen

Tarif TA

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und 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 Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

#### zu § 1 (8) MB/KT 2009 Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

a) Bei Auslandsaufhalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten auch ohne be-

sondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das europäische Ausland geltenden Umfangs.

- b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

## § 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.

### 1. zu § 2 MB/KT 2009 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

### 2. zu § 2 MB/KT 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern mindestens alle 3 Jahre Gelegenheit, in den Krankentagegeldtarifen mit einem versicherten Krankentagegeld von mindestens EUR 25,-, das vereinbarte Krankentagegeld zu erhöhen. Dabei wird die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt. Die Anpassung (Erhöhung) kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt. Sofern eine darüber hinausgehende Erhöhung des Nettoeinkommens (vgl. § 4 Abs. 2 MB/KT 2009) nachgewiesen wird, erfolgt diese Anpassung aufgrund der individuellen Entwicklung des Nettoeinkommens. Die Höhe des Krankentagegeldes darf das Nettoeinkommen nicht übersteigen. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das versicherte Krankentagegeld höher ist als das Nettoeinkommen, gilt § 4 Abs. 4 MB/KT 2009.

Nimmt der Versicherer an zwei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen nicht teil, ohne dass ein Grund nach § 4 Abs. 2 MB/KT 2009 vorliegt, so erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen nach Abs. 1 dieser Vorschrift. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Für Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis wird auch ausserhalb des 3-Jahres-Zeitraumes bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagegeld entsprechend angepasst. Wirksam wird diese Anpassung zu dem Monatsbeginn, der dem Antragseingang beim Versicherer folgt, frühestens jedoch zu Beginn des Monats, für den die Erhöhung des Nettoeinkommens gilt.

Die Bestimmungen für die Erhöhung des Versicherungsschutzes finden grundsätzlich Anwendung. Bisher vereinbarte Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für den höheren Versicherungsschutz. Für die Anpassung entfallen jedoch erneute Wartezeiten und eine erneute Risikoprüfung. Diese Vergünstigung gilt bei Anpassungen außerhalb des 3-Jahres-Zeitraumes nur, wenn der Antrag auf Anpassung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Erhöhung des Nettoeinkommens gestellt wird.

Der Zeitpunkt der Erhöhung und die Veränderung des Nettoeinkommens sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Laufende Versicherungsfälle werden durch eine Anpassung nicht betroffen.

## § 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

### 1. zu § 3 (4) MB/KT 2009 Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Falle bleibt der Antragsteller sechs Wochen – vom Tage des Eingangs des ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer ab gerechnet – an seinen Antrag gebunden.

Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von vierzehn Tagen nach Antragstellung vorzulegen.

Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt.

Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, 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.

### 2. zu § 3 (5) MB/KT 2009 Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung, Höhe des anrechenbaren Krankentagegeldes

Das Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf ambulante und stationäre Heilbehandlung wird dem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.

Abweichend von § 3 (5) MB/KT 2009 entfällt bei der Anrechnung auf die Wartezeiten die Begrenzung auf die Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs.

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

### 3. zu § 3 MB/KT 2009 Wartezeitermäßigung bei Erhöhung des Versicherungsschutzes

Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes wird die Laufzeit bisheriger gleichartiger Versicherungen auf sämtliche Wartezeiten angerechnet.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

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

### 1. zu § 4 (1) MB/KT 2009 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

Wird für einen Tarif oder eine Tarifstufe durch die Mitgliedervertretung die Ausschüttung einer Beitragsrückerstattung beschlossen, so entsteht mit dem Ablauf eines Kalenderjahres ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, wenn die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif oder dieser Tarifstufe versichert war und in keinem der versicherten Krankentagegeldtarife Versicherungsleistungen für sie für das abgelaufene Kalenderjahr erbracht worden sind.

Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entfällt jedoch, wenn

- a) für die betreffende Person im abgelaufenen Kalenderjahr weniger als zwölf monatliche Beitragsraten fällig waren,
- b) die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr für den Versicherungsvertrag nach einer Mahnung nach § 38 VVG einschließlich der Mahnkosten nicht innerhalb der dort festgelegten Zahlungsfrist gezahlt wurden,
- c) die Versicherung dieser Person oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhevereinbarung wegen Wehrpflicht/Zivildienst am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr bestanden hat. Bei Kündigung wegen gesetzlicher Versicherungspflicht oder bei Tod bleibt ein bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung erhalten.

Maßstab für die Bemessung der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifs oder der Tarifstufe, aus denen die Beitragsrückerstattung gewährt wird. Als monatliche Beitragsrate gilt 1/12 der für diesen Tarif oder diese Tarifstufe im leistungsfrei gebliebenen Kalenderjahr entrichteten Beiträge. Beiträge zur Anwartschaftsversicherung werden hierbei nicht berücksichtigt. Die Ausschüttungen erfolgen als Auszahlungen oder Gutschriften in der zweiten Hälfte des Folgejahres.

### 2. zu § 4 (1) MB/KT 2009 Mehrleistungen

Der Vorstand kann zur Vermeidung unbilliger Härten über die tarifmäßigen Erstattungen hinaus Mehrleistungen gewähren.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

### 3. zu § 4 (2) MB/KT 2009 Versicherbares Krankentagegeld

Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes für Arbeitnehmer können jedoch solche Krankentagegelder unberücksichtigt bleiben, die für Beitragszahlungen zur Abdeckung von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung bestimmt sind.

Das Verletztengeld der Berufsgenossenschaft, die Berufsunfähigkeitsrente aus Lebensversicherungen sowie das Unfalltagegeld zählen nicht als Krankentagegeld (§ 15 bleibt unberührt).

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

mens mitzuteilen.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge 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.

#### 4. zu § 4 (3 u. 4) MB/KT 2009 Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgelts, Wegfall des Beihilfeanspruchs

a) Entsprechend § 4 (3) MB/KT 2009 ist bei einer nicht nur vorübergehenden zeitlichen Verlängerung des Entgeltanspruchs bei Arbeitsunfähigkeit der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Entgelt bei Arbeitsunfähigkeit über die bei Vertragsabschluss festgelegte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, so kann er entsprechend § 4 (4) MB/KT 2009 ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis auf einen Tarif mit entsprechend längerer Karenzzeit umstellen. Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

b) Wird durch eine nicht nur vorübergehende zeitliche Verkürzung des Entgeltanspruchs bei Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmern oder durch Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit nach Beendigung einer Tätigkeit als Arbeitnehmer eine Umstellung auf einen Tarif mit kürzerer Karenzzeit erforderlich, kann der Versicherungsnehmer eine entsprechende Umstellung beantragen. Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Risikoprüfung annehmen, wenn die Umstellung bis zur Höhe des versicherten Krankentagegeldes und innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Grundes für die Änderung beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll. Das Krankentagegeld wird ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gezahlt.

Der Grund für die Änderung ist anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

c) Entfällt bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfeanspruch, weil die versicherte Person als Arbeitnehmer in ein Arbeitsverhältnis eintritt oder weil sie eine selbständige Tätigkeit aufnimmt, kann der Versicherungsnehmer, wenn eine entsprechende Anpassung der Tarife für ambulante und stationäre Heilbehandlung erfolgt, den Abschluss eines Krankentagegeldtarifs beantragen.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Risikoprüfung bis zur Höhe des in den letzten zwölf Monaten vor dem Wegfall des Beihilfeanspruchs durchschnittlich bezogenen Entgelts annehmen, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsbeginn zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll. Das Krankentagegeld wird ohne Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gezahlt.

Der Grund für die Änderung ist anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

(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.

#### 5. zu § 4 (7) MB/KT 2009 Kosten der Nachweise

Abweichend von § 4 (7) MB/KT 2009 trägt der Versicherer die Kosten der Nachweise, soweit es sich um Anzeigen über Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit handelt.

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

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

#### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von

Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

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

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

#### 1. zu § 5 (1) c) MB/KT 2009 Bewusstseinsstörungen

Abweichend von § 5 (1) c) MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.

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

#### 2. zu § 5 (1) d) MB/KT 2009 Schwangerschaft

Abweichend von § 5 (1) d) MB/KT 2009 besteht ausserhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Dies gilt sinngemäß auch für Selbständige.

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

f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

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

#### 3. zu § 5 (1) g) MB/KT 2009 Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Abweichend von § 5 (1) g) MB/KT 2009 wird während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung sowie während einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers Krankentagegeld gezahlt, wenn

– die medizinische Notwendigkeit für Art und Dauer dieser Behandlung bzw. Maßnahme durch ein ausführliches ärztliches Attest nachgewiesen wird und

– unmittelbar vor ihrem Beginn eine seit mindestens vier Wochen ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

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

(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 Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

#### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

#### zu § 6 (1) MB/KT 2009 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Das Krankentagegeld wird monatlich nachträglich gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Erkrankung gezahlt.

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

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

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

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

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

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

#### 1. zu § 8 (1) MB/KT 2009 Beitragsrate

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

b) Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind ohne Beitragszuschlag mitversichert.

(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.

#### 2. zu § 8 (3) MB/KT 2009 Fälligkeit Erstbeitrag

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

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

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

#### 3. zu § 8 (5) MB/KT 2009 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z.B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

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

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

### § 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. 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 Alterwerdens der versicherten Person ist je-

doch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

### zu § 8a (2) MB/KT 2009 Beitragsberechnung

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

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

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

### § 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertssatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

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

### zu § 8b MB/KT 2009 Beitragsanpassung

Für den Vergleich der Versicherungsleistungen beträgt der tariflich vereinbarte Vorhundertssatz 7,5%, für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt der gesetzliche Vorhundertssatz von 5%.

### § 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.

#### zu § 9 (1) MB/KT 2008 Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der für den jeweiligen Tarif vorgesehenen Karenzzeit anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Vordruck wöchentlich 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 Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

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

### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

### § 12 Aufrechnung

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

### Ende der Versicherung

#### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

##### 1. zu § 13 (1) MB/KT 2009 Versicherungsjahr

Vergleiche dazu die Ziffer 1 zu § 2 MB/KT 2009.

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

##### 2. zu § 13 (2) MB/KT 2009 Ruhen der Rechte und Pflichten

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend infolge Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird, eine versicherte Person vorübergehend in eine studentische Pflichtversicherung eintreten muss oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

Bei Arbeitslosigkeit ruhen die Rechte und Pflichten bis zur Dauer von zwölf Monaten. Nach Ablauf dieser Zeit endet der Versicherungsvertrag.

Der Eintritt einer Arbeitslosigkeit und die Wiederaufnahme einer Beschäftigung nach Beendigung der Arbeitslosigkeit sind jeweils unverzüglich nachzuweisen. Wird der Nachweis nicht innerhalb eines Monats geführt, so endet der ruhende Versicherungsvertrag zum Ende des Monats, in dem der Nachweis dem Versicherer hätte vorliegen müssen. Eine Weiterversicherung ist nur durch Abschluss eines neuen Vertrages möglich.

Der Versicherer ist leistungsfrei für alle Leistungsansprüche, die in die Ruhezeit fallen. Vom Ende der Ruhezeit an werden die vertraglichen Leistungen auch für solche Versicherungsfälle gezahlt, die während der Ruhezeit eingetreten sind. Krankentagegeld wird unter Berücksichtigung der Karenzzeit nur für die Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung des Ruhens gezahlt.

Abgesehen von der Ableistung der Wehrpflicht oder des Zivildienstes und der Arbeitslosigkeit ist bei einer Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses von mehr als sechs Monaten der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erforderlich.

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb 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 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.

#### 3. zu § 13 (6) MB/KT 2009 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

#### § 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.

##### zu § 14 (1) MB/KT 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Abweichend von § 14 (1) MB/KT 2009 verzichtet der Versicherer auf das ihm zustehende ordentliche Kündigungsrecht, solange für die versicherte Person Krankheitskostenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung beim Versicherer besteht.

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

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

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

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

##### 1. zu § 15 a) MB/KT 2009 Ende des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitslosigkeit

Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos im Sinne des Arbeitsförderungsgesetzes, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.

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;

##### 2. zu § 15 b) MB/KT 2009 Ende des Versicherungsverhältnisses bei Berufsunfähigkeit

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

##### 3. zu § 15 a) u. b) MB/KT 2009 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

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

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

- 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.

#### 4. zu § 15 c) MB/KT 2009 Bezug von Altersrente

Abweichend von § 15 c) MB/KT 2009 kann der Versicherungsnehmer bei Bezug von Altersrente das Versicherungsverhältnis weiterführen, sofern noch Versicherungsfähigkeit besteht.

- d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von Ihnen gekündigten oder 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.

#### 5. zu § 15 Abs. 2 MB/KT 2009 Anwartschaftsversicherung nach Kündigung

Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Wirksamwerden zu stellen. Hinsichtlich des Eintritts der Berufsunfähigkeit siehe Ziffer 3 zu § 15 Abs. 1a) und b) MB/KT 2009.

#### 6. zu § 15 Abs. 2 MB/KT 2009 Trennung von Vertragsteilen

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seine Vertrags- teile als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

### Sonstige Bestimmungen

#### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

#### § 17 Klagefrist / 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.

#### zu § 17 (3) MB/KT 2009 Wegzug des Versicherungsnehmers ins Ausland

Das Gericht am Sitz des Versicherers ist auch zuständig, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist.

#### § 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 höchststrichterliche 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

#### Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

##### § 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
  2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
  3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
  4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

#### Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

##### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

##### § 19 Anzeigepflicht

- (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.

##### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

### § 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.

### Tarif TA

#### Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein Krankentagegeld – auch für Sonn- und Feiertage – wenn der Versicherte infolge einer Krankheit oder Unfallverletzung völlig (100%) arbeitsunfähig ist.

Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt

nach Tarif <b>TA2</b>	nach einer Karenzzeit von 2 Wochen, d.h. am 15. Tag
nach Tarif <b>TA4</b>	nach einer Karenzzeit von 4 Wochen, d.h. am 29. Tag
nach Tarif <b>TA6</b>	nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d.h. am 43. Tag
nach Tarif <b>TA13</b>	nach einer Karenzzeit von 13 Wochen, d.h. am 92. Tag
nach Tarif <b>TA26</b>	nach einer Karenzzeit von 26 Wochen, d.h. am 183. Tag
nach Tarif <b>TA52</b>	nach einer Karenzzeit von 52 Wochen, d.h. am 365. Tag ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Das Krankentagegeld wird grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung, längstens jedoch bis 6 Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit gezahlt (siehe hierzu auch 2. zu § 15 b) MB/KT 2009).

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeiten zusammengezählt. Für Selbständige gilt dies sinngemäß.

Bei Entbindungen wird nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine Pauschale in Höhe des zwölfwachen Krankentagegeldes gezahlt, höchstens jedoch das 60fache des Monatsbeitrages.

1. Nach den Tarifen TA2, TA4, TA6, TA13, TA26 und TA52 sind versicherungsfähig die erwerbstätigen Personen, die ihren Beruf als Selbständige ausüben und hieraus einkommensteuerpflichtig sind.

Nach den Tarifen TA6, TA13, TA26 und TA52 sind versicherungsfähig die Arbeitnehmer, die gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind. Dabei darf die Karenzzeit des gewählten Tarifs nicht kürzer sein als die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgeltes.

Wird entsprechend besonderer Regelungen über die Fortzahlung des Entgeltes eine abweichende Karenzzeit von mehr als 6 Wochen und weniger als 78 Wochen vereinbart, so richtet sich der Beitrag nach dem Tarif mit der nächstkürzeren Karenzzeit. Als Ausgleich dafür erhöht sich der Tagessatz von EUR 1,- Krankentagegeld für Karenzzeiten

unter	13 Wochen um je EUR 0,10
über	13 Wochen um je EUR 0,05

je zusätzliche Woche Karenzzeit.

2. Sofern der Tarif TA nicht mit einem Krankheitskostentarif zusammen besteht, erhöht sich der Beitrag um 40 %.

3. Aufnahmefähig sind versicherungsfähige Personen der Eintrittsalter 16 bis 60 Jahre.

4. Das Krankentagegeld muss mindestens EUR 10,- betragen.

Diese Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung, bestehend aus

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

Teil II: [Tarifbedingungen](#)

### Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt.

### Besondere Bedingungen der Tarife SG10 und SG20

1.516/08.09 Stand 01.01.10

Personen im Alter von 16 bis 40 Jahren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder als Kinder familienversichert oder als Ehegatte über einen Versicherungspflichtigen familienversichert sind, sind abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach folgenden Besonderen Bedingungen der Tarife SG10 und SG20 mit Optionsmöglichkeit versicherungsfähig:

1. Die monatliche Beitragsrate richtet sich bei den Beitragsgruppen nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Diese Beitragsraten sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert.

2. Die Versicherungsfähigkeit nach den Besonderen Bedingungen entfällt mit Ablauf des Monats in dem die Versicherungspflicht oder die Familienversicherung (ohne dass Versicherungspflicht eintritt) endet, spätestens jedoch mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet. Von dem auf die Beendigung der Versicherungsfähigkeit folgenden Monatsbeginn an wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrages bedarf – ohne Unterbrechung in der Beitragsgruppe der mit Alterungsrückstellung kalkulierten Tarife SG1 bzw. SG2 nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter weitergeführt.

3. Entfällt die Versicherungspflicht oder die Familienversicherung (ohne dass Versicherungspflicht eintritt), besteht für die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung von Wartezeiten in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung, der Krankentagegeldversicherung und der Pflegepflichtversicherung umzustellen, in denen sie zu diesem Zeitpunkt versicherungsfähig ist. Hierfür ist es erforderlich, dass die Umstellung spätestens 2 Monate nach dem Wegfall der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung beantragt wird und sich der beantragte Umstellungstermin unmittelbar an den Wegfall der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung anschließt. In der Krankentagegeldversicherung gilt zusätzlich, dass eine Umstellung bis zu 130% des zum Umstellungszeitpunkt maßgebenden höchsten Krankentagegeldes der gesetzlichen Krankenversicherung möglich und eine Umstellung in den Tarif TA 2 (Karenzzeit von 2 Wochen) ausgeschlossen ist.

Die Besonderen Bedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die private Pflegepflichtversicherung, jeweils bestehend aus

Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2009) und

Teil II Tarifbedingungen sowie den Bedingungen zu den Tarifen SG1/SG2.

## Informationen zur Datenverarbeitung

### Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

### Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

### Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Kranken-, Lebens- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

#### 1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

#### 2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

#### 3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

#### 4. Erläuterung zum Hinweis- und Informationssystem

Als Lebensversicherer ist die Süddeutsche Lebensversicherung a.G. an das Hinweis- und Informationssystem (HIS) angeschlossen, das vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) unterhalten wird. Zweck dieses Systems ist die Unterstützung einer sachgerechten Risiko- und Leistungsfallprüfung. Sofern wir im Zusammenhang mit einer späteren Antragsbearbeitung Ihre personenbezogenen Daten

(Name, Geb.-Daten) an das HIS melden, werden wir Sie hierüber vorab informieren. Eine Weitergabe von Daten erfolgt nur auf konkrete Anfrage eines anderen Versicherers. Die Daten im HIS werden 5 Jahre lang in codierter Form gespeichert. Danach erfolgt ausnahmslos eine automatische Löschung.

Sie haben die Möglichkeit, beim Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV), Postfach 08 02 64, 10117 Berlin, schriftlich nachzufragen, ob für Sie eine Meldung vorliegt. Ihrer Anfrage muss zur Legitimation eine Kopie Ihres Personalausweises beigelegt werden.

#### 5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z.B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören z.Z. folgende Unternehmen an: Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.

Daneben arbeitet unsere Süddeutsche Krankenversicherung a.G. zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Sachversicherungen, Bausparverträge) mit den Volks- und Raiffeisenbanken sowie der Bausparkasse Schwäbisch Hall zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten.

#### 6. Betreuung durch Versicherungsvermittler/Außendienstmitarbeiter

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch einen unserer Vermittler/Außendienstmitarbeiter betreut. Andere Vermittler können neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch die bereits genannten Unternehmen sein.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält unser Vermittler/Außendienstmitarbeiter, soweit dies für die Betreuung und Beratung notwendig ist, Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler/Außendienstmitarbeiter verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogene Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden Sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler/Außendienstmitarbeiter wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

#### 7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.