

## Antrag auf Abschluss von ergänzendem Versicherungsschutz

- PFLEGEprivat
- AKTIV 55plus

Ihr persönlicher Fachberater

---

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.

Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach · Telefon 0711/5778-0  
E-Mail: sdk@sdk.de · www.sdk.de

Bankverbindung:

DZ Bank AG

Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Stuttgart

BLZ: 600 600 00, Konto-Nr.: 07501 00000

Eingetragen im Handelsregister beim AG Stuttgart HRB 263277

Vorstand: Klaus Henkel (Vors.), Rainer Dittrich, Volker Schulz

Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Kuhn

Steuer-Nr.: 90495/35841

# Wichtige Informationen für den Antragsteller – bitte zu den Antragsunterlagen nehmen.

## Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Vorstand der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

#### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Gesprächsteilnehmer (vom Vermittler auszufüllen)

Visitenkarte ist durch den Vermittler überreicht worden.

Anlass der Beratung

Wunsch des Kunden Empfehlung von Sonstiges

Ihr Beratungs- / Absicherungswunsch

Pflegeergänzungsversicherung Monatsbeitrag in Euro Sonstiges
Krankenzusatzversicherung Monatsbeitrag in Euro

Absicherung Krankenversicherung

Name Person 01 Status Person 02 Status Status
Besteht bereits eine PKV-Ergänzungsversicherung? Ja Nein

Beratungsinhalte

Leistungen GPV / PPV Versorgungslücken GPV Leistungen GKV / PKV Versorgungslücken GKV

Meine Empfehlung (für die u. genannten Personen)

Tarif PS3 PS2 PS1 PS0 PSU Tarif PE Tarif AWW (Option) AKTIV 55plus Tarif Top Tarif Comfort Tarif Basis
ambulant/stationär Werden abweichende Monatsgelder ambulanz/stationär empfohlen? Wird eine Anwartschaft (AWV) empfohlen? Wird eine Dynamik über Alter 70 Jahre hinaus empfohlen?

Begründung

Zusätzliche Vorsorge bei Pflegebedürftigkeit Leistung des Pflegegeldes ab Pflegestufe Zahnersatz-Leistungen in Höhe von %
Heilpraktiker-Leistungen Kurtagegeld Sonstiges

Abweichender Wunsch des Kunden

Im Übrigen gelten die Angaben im Antrag.

Verzichtserklärung

Dokumentationsverzicht Beratungs- und Dokumentationsverzicht

Der Kunde erklärt hiermit, dass er auf die Dokumentation der angebotenen fachlichen Beratung und / oder die angebotene fachliche Beratung gemäß § 61 Abs. 2 VVG (entsprechend dem Angekreuzten) verzichtet. Dem Verzichtenden ist bewusst, welche Bedeutung einer Beratung in Versicherungsfragen zukommt und, dass sich der Verzicht nachteilig darauf auswirken kann, zu einem späteren Zeitpunkt Schadenersatzansprüche nach § 63 VVG gegen den Vermittler geltend zu machen.

Ort, Datum Unterschrift (Vor- u. Zuname) der/des Beratenden Unterschrift des Vermittlers

ANTRAGSTELLER

ANR Name, Vorname Vers-Nr. Vermittler-Nr. ASP
1 = Herr 2 = Frau Straße Telefon-Vorwahl Nummer (freiwillige Angabe)
PLZ Ort Adressergänzung

VERSICHERUNGS-BEGINN

ZU VERSICHERNDE PERSONEN

Pers. Vorname (Zuname, wenn anders als beim Antragsteller) Geburtsdatum Geschlecht Ausgeübter Beruf
01 02 m. w. m. w.

ART UND UMFANG DER VERSICHERUNG für die links aufgeführte(n) Person(en) beantrage ich den Abschluss von

	01 Person	02 Person
<b>Paket</b>	<input type="checkbox"/> <b>Basis</b> (Tarif PS3D/1.000,-, PS2D/750,- (AWV), PS1D/500,- (AWV), PS0D/500,- (AWV)) <input type="checkbox"/> <b>Comfort</b> (Tarif PS3D/1.000,-, PS2D/750,-, PS1D/500,- (AWV), PS0D/500,- (AWV)) <input type="checkbox"/> <b>Top</b> (Tarif PS3D/1.000,-, PS2D/750,-, PS1D/500,-, PS0D/500,-)	<input type="checkbox"/> <b>Basis</b> (Tarif PS3D/1.000,-, PS2D/750,- (AWV), PS1D/500,- (AWV), PS0D/500,- (AWV)) <input type="checkbox"/> <b>Comfort</b> (Tarif PS3D/1.000,-, PS2D/750,-, PS1D/500,- (AWV), PS0D/500,- (AWV)) <input type="checkbox"/> <b>Top</b> (Tarif PS3D/1.000,-, PS2D/750,-, PS1D/500,-, PS0D/500,-)
	monatl. Beitrag: <input type="text"/>	monatl. Beitrag: <input type="text"/>

oder:

Gesamtbeitrag Pers.1, Pers. 2:

<b>Individuelle Tarifwahl</b>	<input type="checkbox"/> Dynamik über Alter 70 Jahre hinaus <b>nicht</b> gewünscht*			<input type="checkbox"/> Dynamik über Alter 70 Jahre hinaus <b>nicht</b> gewünscht*		
	Monatsgelder		monatlicher Tarifbeitrag in EUR	Monatsgelder		monatlicher Tarifbeitrag in EUR
ambulant	stationär	ambulant		stationär		
<b>PS3D</b>	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/> EUR	<input type="text"/>
<b>PS2D</b>	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/>
<b>PS1D</b>	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/>
<b>PS0D</b>	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/>	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/> EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	<input type="text"/>
<b>PSU</b>	Einmalleistung bei unfallbedingter Pflege		<input type="text"/>	Einmalleistung bei unfallbedingter Pflege		<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> EUR		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> EUR	
	monatl. Beitrag: <input type="text"/>			monatl. Beitrag: <input type="text"/>		

\*Wird die Dynamik-Option über Alter 70 Jahre hinaus nicht gewünscht, entfällt das Tarifenkennzeichen „D“.

Gesamtbeitrag Pers.1, Pers. 2:

oder:

<b>PE</b>	<input type="checkbox"/> PE <input type="text"/> / <input type="text"/> EUR Tagegeld	<input type="checkbox"/> Option (AWV) + <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PE <input type="text"/> / <input type="text"/> EUR Tagegeld	<input type="checkbox"/> Option (AWV) + <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
-----------	---	--	----------------------	---	--	----------------------

Besteht, bestand oder ist bereits anderweitig eine private Pflegeergänzungsversicherung beantragt?  Nein  Ja

Person Nr.	Gesellschaft / Kasse / SDK	von - bis	Tagegeld in EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**GESUNDHEITSFRAGEN**

Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, ist ein Vertragsabschluss für die betreffende Person **leider nicht möglich**. Für die mit \* gekennzeichneten Erkrankungen kann jedoch geprüft werden, ob dennoch Versicherungsschutz angeboten werden kann.

1. Besteht bereits Pflegebedürftigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. Anträge auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit gestellt?

2. Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen? Gehirnblutung, Hirntumor, Hirnleistungsstörungen, Parkinson, Alzheimer, Demenz, Creutzfeld-Jakob, Osteoporose\*, Muskeldystrophie, Knochenmarkinsuffizienz (Aplastische Anämie), Sarkoidose\*, Kinderlähmung, Querschnittslähmung, Missbildungen\*, Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Arteriosklerose / Arterienverkalkung, Koronare Herzkrankheit (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Bypass-Operation, Ischämie), Schlaganfall, Leberzirrhose, Leberfibrose, chronische Hepatitis, chronische Nierenerkrankungen\*, Krebs, Diabetes mellitus („Zucker“), psychische Erkrankungen\*, HIV-Infektion, rheumatische Erkrankungen, Koma, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit

Person 01		Person 02	
Größe cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ja	Nein	Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nein	Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für Person \_\_\_ soll / en folgende Erkrankung / en auf Versicherungsfähigkeit geprüft werden:

Osteoporose  Sarkoidose  Missbildungen  chronische Nierenerkrankungen  psychische Erkrankungen



Pers.	01	<input type="checkbox"/> Tarif Basis (WGZ2)	<input type="checkbox"/> Tarif Comfort (WGZ3)	<input type="checkbox"/> Tarif Top (WGZ4)
	02	<input type="checkbox"/> Tarif Basis (WGZ2)	<input type="checkbox"/> Tarif Comfort (WGZ3)	<input type="checkbox"/> Tarif Top (WGZ4)

monatl. Tarifbeitrag

mtl. Gesamtbeitrag



Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die noch nicht ersetzt sind oder ist Zahnersatz oder Inlayversorgung notwendig oder vorgesehen? (Wenn ja, besteht keine Leistungspflicht für die Zahnersatzkosten der zum Zeitpunkt der Antragstellung fehlenden Zähne sowie der angeratenen / notwendigen Zahnersatzmaßnahmen bzw. Inlayversorgung und für die in unmittelbarem Zusammenhang stehenden zahnärztlichen Maßnahmen.)

Person 01		Person 02	
Ja	Nein	Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BEITRAGSAHLUNG**

Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)

Die Beiträge sollen bis auf  Ja  Nein  
Widerruf abgebucht werden:

Zahlungsweise:  monatlich  jährlich (z.Zt. 2 % Skonto)

Konto-Nr. des Antragstellers

BLZ

Bankinstitut

Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)

## Schlusserklärung

Mir ist bekannt, dass ich einen Antrag in der Krankenversicherung innerhalb von 14 Tagen widerrufen kann. Nähere Einzelheiten zum Widerrufsrecht entnehme ich den untenstehenden „Weiteren Hinweisen und Erklärungen“. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die folgenden „Sonstigen wichtigen Erklärungen“. Diese enthalten unter anderem Ermächtigungen des Antragstellers/ der zu versichernden

Personen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenübermittlung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Beachten Sie insbesondere auch die Ausführungen zum Vertrag (Zustandekommen, Vertragsdauer, Skonto, Versicherungsbedingungen) in den „Weiteren Hinweisen und Erklärungen“.

## Wichtige Erklärungen

### Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsabschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken und nach Vertragsabschluss zur Beurteilung seiner Leistungspflicht personenbezogene Gesundheitsdaten benötigt. Solche Gesundheitsdaten können nur mit meiner Einwilligung erhoben werden.

Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in dem anzeigepflichtigen Zeitraum, also längstens 10 Jahre vor Antragstellung, untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe, von ihrer Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsabschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt diese Schweigepflichtentbindung entsprechend, und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsabschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Darüber hinaus befreie ich zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht Ärzte, Pflegepersonen, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Vor der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten werde ich vom Versicherer informiert. Ich kann der Erhebung widersprechen.

Alternativ zu dieser allgemeinen Schweigepflichtentbindung kann ich auch jederzeit verlangen, dass die Erhebung nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe (Einzelermächtigung). Im Falle meines Todes steht dieses Recht dem für den Todesfall Bezugsberechtigten zu. Sofern ich bereits bei Antragstellung keine allgemeine Schweigepflichtentbindung erteilen möchte, gebe ich dies im Antrag an. Mir ist bekannt, dass dadurch zusätzliche Kosten entstehen können, die nicht vom Versicherer, sondern von mir zu tragen sind. Außerdem kann sich die Annahme meines Antrages durch den Versicherer sowie eine spätere Bearbeitung eines Leistungsantrages verzögern.

### Datenschutz/Einwilligungserklärungen

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko- / Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter und an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese

Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ein, dass die Versicherer der SDK Versicherungsgruppe (Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.) meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den / die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ich willige ferner darin ein, dass der Versicherer im Rahmen der Antragsbearbeitung Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt (Bonitätsabfrage).

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer sowie an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden; an Vermittler dürfen Sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Zur effizienten Vertragsverwaltung ist es bei bestimmten Verarbeitungsprozessen sinnvoll, die Dienste anderer Unternehmen in Anspruch nehmen. Ich willige ein, dass der Versicherer im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Auftragsdatenverarbeitung personenbezogene Daten an diese Dienstleistungsunternehmen übermittelt.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der / die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf / dürfen.

Weitere Erläuterungen zum Datenschutz können Sie den Informationen zur Datenverarbeitung auf den letzten Seiten dieses Vordrucks entnehmen.

### Einwilligung zur Produktinformation per Telefon/E-Mail (bitte ankreuzen)

SDK-Versicherungsgruppe/Außendienstmitarbeiter:

- Ich bin damit einverstanden, von meinem Versicherer der SDK-Versicherungsgruppe, dem für mich zuständigen Außendienstmitarbeiter oder einem von meinem Versicherer hierzu beauftragten Unternehmen zu Versicherungsprodukten der SDK-Versicherungsgruppe sowie zum Angebot der mhplus Krankenkasse,

per Telefon  per E-Mail informiert zu werden.

Der Außendienstmitarbeiter kann mich in gleicher Weise auch über Finanzdienstleistungen meines vom Außendienstmitarbeiter betreuten Bankinstituts informieren.

Bankinstitut:

- Ich bin damit einverstanden, dass mich über Finanzdienstleistungen meines vom Außendienstmitarbeiter betreuten Bankinstituts das Bankinstitut zudem selbst

per Telefon  per E-Mail informiert.

Diese Einwilligungserklärungen kann ich jederzeit - ohne Einfluss auf das Vertragsverhältnis - widerrufen.

**Bitte beachten Sie: Die Gesundheitsfragen sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Siehe „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ auf der zweiten Seite.**

Ort, Datum	Unterschrift (Vor- u. Zuname) des Antragstellers und der zu versichernden volljährigen Personen	Unterschrift des Vermittlers
------------	---	------------------------------

## Weitere Hinweise und Erklärungen

### Widerrufsrecht

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 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.

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der 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 Beiträge 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.

### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist. bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

### Zustandekommen des Vertrages

Wir prüfen auf der Grundlage Ihrer im Antrag gemachten Angaben die Annahmefähigkeit hinsichtlich der beantragten Tarife und Personen. Liegt Annahmefähigkeit vor, erhalten Sie eine Annahmestätigung bzw. den Versicherungsschein, der dokumentiert, dass der Antrag angenommen und der Vertrag zustande gekommen ist. Mit Ihrem Widerrufsrecht können Sie sich innerhalb einer bestimmten Frist (siehe Ausführungen zum Widerrufsrecht) vom Vertrag lösen.

### Informationen zur Vertragsdauer

In der Krankenversicherung wird der Vertrag für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen und verlängert sich stillschweigend um 1 Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als 1. Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.

### Skonto

Die auf der Antragsvorderseite genannte Skontohöhe ist nicht garantiert. Sie kann seitens des Versicherers während der Vertragslaufzeit den Veränderungen des Kapitalmarktes angepasst werden. Ein Skonto wird nur gewährt, wenn die monatlichen Beitragsraten kalenderjährlich im Voraus bezahlt werden.

### Versicherungsbedingungen

Es werden folgende Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Bestandteil des Vertrages, soweit sie auf den beantragten Versicherungsschutz zutreffen. AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, AVB für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, AVB für die Anwartschaftversicherung.

### Kundeninformation

Das Antragsheft enthält folgende, fest miteinander verbundene Kundeninformationen:

Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Antrag und Antragsdurchschrift, Produktinformationsblatt, Gesetzliche Kundeninformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG, Tarifbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung (1.551), Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519), Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (1.599), Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522) sowie die Informationen zur Datenverarbeitung.

### Widerspruchsrecht nach § 28 Abs. 4 S. 1 BDSG (Werbung)

Sie können der Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten durch Ihren Versicherer der SDK-Versicherungsgruppe zum Zwecke der Werbung widersprechen.

**Vorläufige Deckungszusage zu AKTIV 55plus für kurzfristige Auslandsreisen:**  
Für eine Auslandsreise, die nach Antragseingang bei der SDK und vor Antragsannahme angetreten wird, besteht bereits ab Reiseantritt vorläufiger Versicherungsschutz im Umfang der Leistungen der Tarife WGZ2, WGZ3 und WGZ4, sofern der Versicherungsbeginn nicht später als 14 Tage nach Reiseantritt liegt.

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.  
Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach · Telefon 0711/5778-0  
E-Mail: sdk@sdk.de · www.sdk.de

Eingetragen im Handelsregister beim AG Stuttgart HRB 263277  
Vorstand: Klaus Henkel (Vors.), Rainer Dittrich, Volker Schulz  
Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Kuhn

SDK-VERM-NR.	* NR / NAME / VERMITTLER	* S = 1 M = 2 A = 3 K = 4
9   1		
9   1		
Zusatzinformation zu		
9   1		
DIV X	DIV 4	

DIV/ SONSTIGER VERMITTLER

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel/ Unterschrift der Bank bzw. des ADM

## Produktinformationsblatt

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

Dynamik optional, PE1, PE2, PE3, PE1 (AWV), WG, WGZ2, WGZ3, WGZ4

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 PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, PE1, PE2, PE3 und PE1 (AWV)

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

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

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

### 2. Ihr versichertes Risiko

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.

Tarife PE1, PE2, PE3, PE1 (AWV)

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

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

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

### 3. Ihr Versicherungsschutz

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

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. Lebensjahr 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 Versicherer hinsichtlich der in AWV gestellten Pflegegelder leistungsfrei. Die Anwartschaft gilt im gleichen Umfang für in AWV vereinbarte Pflegegelder der um das Tarifenkennzeichen „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 **Tarifenkennzeichen „D“** ergänzt. Nähere Einzelheiten zur Dynamikregelung entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

Tarif PE1

Der Tarif leistet bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegeetagegeld in vereinbarter Höhe. In der Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftige Personen) werden 30 %, in der Pflegestufe II (schwerpflegebedürftige Personen) werden 60 % und in der Pflegestufe III (schwerstpflegebedürftige Personen) werden 100 % des vereinbarten Pflegeetagegeldes gezahlt. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PE1 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

Tarif PE2

Der Tarif leistet bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegeetagegeld in vereinbarter Höhe in den Pflegestufen II und III. In der Pflegestufe II (schwerpflegebedürftige Personen) werden 60 %, in der Pflegestufe III (schwerstpflegebedürftige Personen) werden 100 % des vereinbarten Pflegeetagegeldes gezahlt. Die Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftige Personen) ist nicht versichert. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PE2 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

Tarif PE3

Der Tarif leistet bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegeetagegeld in vereinbarter Höhe in der Pflegestufe III (schwerstpflegebedürftige Personen). Die Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftige Personen) und die Pflegestufe II (schwerpflegebedürftige Personen) sind nicht versichert. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PE3 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/03.11).

Tarif PE1 (AWV)

PE1 (AWV) mit PE2

Mit der Anwartschaftsversicherung (AWV) nach Tarif PE1/AWV wird das Recht erworben, den Tarif PE2 bei gleich bleibender Höhe des Pflegeetagegeldes in den Tarif PE1 ohne erneute Gesundheitsprüfung umzuwandeln. Die Umwandlung in den Tarif PE1 kann zum Zeitpunkt des Erreichens des 30., des 35., des 40. usw. des 60. und des 65. Lebensjahres gestellt werden. Die Regelungen zur Anwartschaftsversicherung sind im Einzelnen in deren Allgemeinen Versicherungsbedingungen (1.599/07.10) aufgeführt.

PE1 (AWV) mit PE3

Mit der Anwartschaftsversicherung (AWV) nach Tarif PE1/AWV wird das Recht erworben, den Tarif PE3 bei gleich bleibender Höhe des Pflegeetagegeldes in den Tarif PE1 oder den Tarif PE2 ohne erneute Gesundheitsprüfung umzuwandeln. Die Umwandlung in den Tarif PE1/PE2 kann zum Zeitpunkt des Erreichens des 30., des 35., des 40. usw., des 60. und des 65. Lebensjahres gestellt werden. Die Regelungen zur Anwartschaftsversicherung sind im Einzelnen in deren Allgemeinen Versicherungsbedingungen (1.599/07.10) aufgeführt.

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 Dioptrienhöhung vorliegt – Aufwendungen für Brillen/Kontaktlinsen bis zu 170 Euro. Er leistet Auf-

wendungsersatz 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 Krankentransport 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 (1.551/12.11).

#### 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 Dioptrienhöhung 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 Krankentransport 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 (1.551/12.11).

#### 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 Dioptrienhöhung 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 Krankentransport 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 (1.551/12.11).

#### Angebote Tarife für

Person 1: PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, PE1, PE2, PE3 und PE1 (AWV), WGZ2, WGZ3, WGZ4

Person 2: PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, PE1, PE2, PE3 und PE1 (AWV), WGZ2, WGZ3, WGZ4

### 4. Beitrag und Fälligkeit

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.

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

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, PE1, PE2, PE3 und PE1 (AWV)

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

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

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







## 5. Leistungsausschlüsse/-einschränkungen

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

Einige wichtige Leistungsausschlüsse/-einschränkungen sind:

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, PE1, PE2, PE3 und PE1 (AWV)

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

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

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 Leistungen stehen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522/11.11).

## 6. Obliegenheiten bei Vertragsabschluss

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, PE1, PE2, PE3 und PE1 (AWV), WGZ2, WGZ3, WGZ4

Gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) haben Sie uns 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, 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 PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, PE1, PE2, PE3 und PE1 (AWV)

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).

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

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 (1.522/11.11).

## 8. Obliegenheiten im Leistungsfall

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

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 Allge-

meinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/03.11).

Tarife PE1, PE2, PE3, PE1 (AWV)

Der Eintritt und die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit sind uns spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche ab ärztlicher Feststellung anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. 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).

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

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 (1.522/11.11).

## 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 Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und - soweit tariflich vorgesehen - dem Ablauf der Wartezeiten.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, PE1, PE2, PE3 und PE1 (AWV)

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 Kündigungverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. finden Sie unter § 14.

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

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 (1.522/11.11) in den Absätzen (1), (4) und (5),

die Bestimmung über den Kündigungserzicht 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,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung einer Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- und ergänzenden Pflegeversicherung,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

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 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 basiert auf dem eingetragenen Versicherungsbeginn. Ändert sich das Jahr des Versicherungsbeginns erhöht sich das rechnerische 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 / Besondere Hinweise

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-Informationspflichtenverordnung 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](mailto:Antrag@sdk.de) / Fax: 0711/5778333 / Postanschrift: Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der 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.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

### 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

Ombudsmann Krankenversicherung

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 Empfehlungs-

Charakter. 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).

## Tarifbeschreibung Krankheitskosten-Zusatzversicherung - Auszug

1.551/12.11

Stand: 01.01.12

### 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/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. 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 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.

#### 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.

#### 4. Zahnersatz

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahn technische 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 zahn technische 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 gesetzlichen 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.

Die Tarife WGZ2, WGZ3 und WGZ4 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung, 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 WGZ2, WGZ3 und WGZ4 der Vomhundertsatz 5 %.](#)

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

1.519/03.11

Stand: 01.05.11

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

Teil II: [Tarifbedingungen](#)

## Tarif PS und Tarif PE

### 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 Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- 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 Pflegetagegeldversicherung 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.

## § 8a Beitragsberechnung

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

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

### 1. zu § 8a (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 § 8a (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 § 8a (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 Beiträge 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. 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 Vornhundertersatz, 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 Vornhundertersatz zu Tarif PE 7,5%, zu Tarif PS 5%. Für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt zu Tarif PE und zu Tarif PS der gesetzliche Vornhundertersatz 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 Meldedfrist 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 Pflegegeld 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 Pflegegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis 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 Ehescheidungsurteil 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 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 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) vereinbar-

ten 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 Seniorenwohnheimen, 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 gezerzt 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 Risikozuschläge 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 Umstellungstermin 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 vorangegangen 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 AWW. Wird von dem letztmaligen Recht auf Umstellung kein Gebrauch gemacht oder wird die AWW gekündigt, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

Die AWW 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.

## Tarif PE

### Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegetagegeld, und zwar

im Tarif **PE1** in der

Pflegestufe I	30 Prozent
Pflegestufe II	60 Prozent
Pflegestufe III	100 Prozent

des versicherten Tagessatzes.

Im Tarif **PE2** wird die Zahlung des Pflegetagegeldes auf die Pflegestufen II und III begrenzt.

Im Tarif **PE3** wird die Zahlung des Pflegetagegeldes auf die Pflegestufe III begrenzt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen ist der Hilfebedarf im Bereich

- der Körperpflege mit den Verrichtungen Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung;
- der Ernährung mit den Verrichtungen mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung;
- der Mobilität mit den Verrichtungen selbständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
- der hauswirtschaftlichen Versorgung mit den Verrichtungen Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder Beheizen.

Es gelten als Pflegebedürftige

- der Pflegestufe I

erheblich pflegebedürftige 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.

- der Pflegestufe II

schwerpflegebedürftige 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.

- der Pflegestufe III

schwerstpflegebedürftige 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.

## Assistance-/Service-Hotline

Unter der Telefonnummer

**01801 – 57 78 77\***

gibt der Versicherer im Zusammenhang mit der Antragstellung auf Pflegetagegeld gerne Auskunft über verschiedene pflegebezogene Dienstleistungen und benennt hierzu auf Wunsch auch Dienstleistungsanbieter.

\* Die Kosten betragen für Anrufe aus dem Festnetz der Deutschen Telekom 0,039 EUR/Min., für Anrufe aus dem Mobilfunk max. 0,42 EUR/Min.

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Der zu versichernde Tagessatz muss mindestens EUR 10,- betragen.

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 AWW neu beantragten wie auch für bestehende Tarife abgeschlossen werden.

1.2 Der Abschluss einer AWW 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 AWW 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 AWW wird hinsichtlich der Wahlleistungen im Krankenhaus für den Tarif SG1 bzw. SG2 abgeschlossen. Bei einer Umwandlung einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung hat die AWW den bisher versicherten Wahlleistungen zu entsprechen. Wird für eine versicherte Person keine AWW 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 Pflegetagegeldes.

## 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 bestandenen 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 Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

1.522/11.11 Stand 01.01.2012

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. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

- b) Bei längerem Aufenthalt außerhalb Europas kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.
- c) 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 5. 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.

Der Versicherungsschutz umfasst im Rahmen der in § 2 Abs. 2 genannten Voraussetzungen und des gewählten Tarifs auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Gebrechen.

(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,

- c) die Versicherung dieser Person oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhensvereinbarung 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**

- a) 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.
- b) Für die Dialysebehandlung leistet der Versicherer nach den Tarifen für ambulante Heilbehandlung, soweit die Dialysebehandlung nicht im Rahmen einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

## **3. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 ambulante Heilbehandlung in einem medizinischen Versorgungszentrum**

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

## **4. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 Psychotherapie/Ergotherapie**

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 (Approval und Fachkundenachweis) erfüllen. Für ergotherapeutische Behandlungen können auch Ergotherapeuten in Anspruch genommen werden.

## **5. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 Zahnbehandlung und Zahnersatz**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlungen, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen soweit der Tarif dies vorsieht. Es gelten, außer der Tarif enthält eine andere Regelung, folgende Definitionen:

Zu den Zahnbehandlungen gehören z. B. allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen, Füllungen, Inlays/Onlays, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Behandlungen von Erkrankungen der Mundschleimhaut.

Zum Zahnersatz gehören z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen (auch Einzelkronen), Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen).

Im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch erforderliche Leistungen sind ebenfalls erstattungsfähig. Beispielsweise funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, knochenaufbauende Maßnahmen, Eingliederung von Aufbissbehalten und Schienen sowie chirurgische Leistungen.

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

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

Als Arzneimittel gelten auch bestimmte, medikamentenähnliche Nährmittel einschließlich enteraler Ernährung mit Zubehör, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden sowie Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel.

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.

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

Als Hilfsmittel gelten Hydrotherapie (z. B. medizinische Bäder), Massagen, Kälte- und Wärmetherapie (z. B. Packungen), Inhalationen, mechanische Behandlung, Lichttherapie (z. B. Behandlung mit Ultraviolettlicht), 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 3,5-fachen 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. Masseuren, Logopäden) erbracht werden.

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

- a) Als kleine Hilfsmittel gelten Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Korrekturschienen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe, orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Gehstützen, Blindenstock.
- b) Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAPGeräte), elektronische Lesehilfen, Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen, Infusionspumpen, Pulsoximeter, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Körperersatzstücke (wie z. B. Epithese, Kunstauge, Kunstglieder), orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrstühle, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschl. Orientierungs- und Mobilitätstraining), Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z. B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).
- c) Leistungen für die unter den Absätzen a) und b) genannten Hilfsmittel werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt. Als Leistung gilt auch die Reparatur eines Hilfsmittels.
- d) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel (z.B. Perücken, Haareile), 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.

## **9. 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.

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

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

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

## **11. 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.

## **12. zu § 4 (4) MB/KK 2009 Vor- und nachstationäre Behandlung**

Die Kosten einer vor- und nachstationären Heilbehandlung im Sinne von § 115 a Abs. 1 u. 2 Sozialgesetzbuch V (siehe Anhang) werden im tarifmäßigen Umfang erstattet.

## **13. 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.

## **14. 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 ärztlichseits bescheinigt wird und wenn öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt

werden konnten. Die Transportkostenerstattung wird nach der Entfernung bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus berechnet.

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

#### 15. 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 Notfallweisung 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.

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

Als Behandlung wegen Schwangerschaft gilt auch ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch.

#### 17. 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 Versicherungsbegins reduzieren sich die Beträge für jeden nicht versicherten Monat um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
- Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.
- 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

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

#### 1. zu § 5 (1) a) MB/KK 2009 Kriegsereignisse im Ausland

Abweichend von § 5 Abs. 1 a) MB/KK 2009 wird für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

#### 2. 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 Bundespflegesatzverordnung (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.

- 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;

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

#### 3. 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 schriftliche 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.

- 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;

#### 4. 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).

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

#### 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

- 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 Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.
- 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 Krankenhausausweis

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

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

#### 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

- 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.
- 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.
- 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 Ruhezeit 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 Vornhundertsatz, 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 Vomhundertsatz 7,5%, für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeit gilt der gesetzliche Vomhundertsatz 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 und 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 in Folge 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.

### 5. zu § 13 (11) MB/KK 2009 Umwandlungsoption bei Krankenversicherungspflicht

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht, kann er ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenteilversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn der Umstellungsantrag innerhalb von drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der bisherige sein.

## § 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 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.

### § 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 Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfegesetz 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 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.

### § 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.

## Auszug aus dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches

### § 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von

fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

## 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 Versichertengemeinschaft 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, hallo ich 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 Versicherungsmisbrauch 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. Zentrale Hinweissysteme

Die informa IRFP GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden, betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir - ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken sowie das Bestehen von Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet.

Gemeldet werden können außerdem das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevante Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen.

Bei der Prüfung Ihres Antrages auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalles relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen. Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder - soweit zulässig - auf gesetzlicher Grundlage.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)

### 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.

Zur effizienten Vertragsgestaltung nehmen wir darüber hinaus bei bestimmten Verarbeitungsprozessen die Dienste anderer Unternehmen in Anspruch. Die von uns im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung eingeschalteten Dienstleistungsunternehmen sind verpflichtet, die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes einzuhalten, insbesondere die Daten nur zweckbestimmt zu verwenden und den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

### 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. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.