

Krankenversicherung

Booklet 4 – Ergänzungsversicherung

- I. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
- II. Tarifbedingungen
- III. Sonderbedingungen
- IV. Merkblätter

Inhalt

I. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

	Seite
AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen (AVB/KK)	3
AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-VT)	10
AVB für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT)	18
AVB für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif S-KG (AVB/VT-S-KG)	24
AVB für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV-VT)	28
AVB für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AVB/EPV-VT)	33

II. Tarifbedingungen

Tarife ZahnPRIVAT	40
Tarif ZahnVITAL	42
Tarif KlinikPRIVAT/1	43
Tarif KlinikPRIVAT/2	44
Tarif OptionPRIVAT	45
Tarif ExpertPLUS	47
Tarife Krankentagegeldversicherung (KT)	50
Tarif S-KG	51
Tarif KH	52
Tarif NaturPRIVAT	53
Tarif VorsorgePRIVAT	54
Tarif PflegePRIVAT Premium	55
Tarif PflegePRIVAT Premium Plus	57
Tarif FörderPflege	59

III. Sonderbedingungen

Besondere Bedingungen zur Anwartschaftsversicherung	61
Sonderbedingungen zur Vereinbarung von Risikobeiträgen zu den Tarifen (GS 100, GE, KH, PTE, KT, KTM)	62
Besondere Bedingungen zur Kombination von Pflegetagegeldtarifen	63
Besondere Bedingungen für junge Erwachsene/YoungLINE	64
Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter – BEA 65	65

IV. Merkblätter

Merkblatt zur Datenverarbeitung	66
Merkblatt Infoscore Consumer Data GmbH	68

AVB/KK - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen (Unisex)

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr.: 331399, 12.2016

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

Teil II: Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG* - Unisex

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I.

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

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch

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

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird

nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsabschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

II.

Zu § 1 Absatz 2

(1) Die Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des gesunden Säuglings nach der Entbindung werden aus seiner Krankenhauskostenversicherung erstattet (vergleiche § 2 Absatz 2).

(2) Als Versicherungsfall gelten auch palliativmedizinische Leistungen in tariflich vereinbarter Höhe, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

Zu § 1 Absatz 4

Der Versicherer leistet während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I.

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

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

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

II.

Zu § 2 Absatz 1

Bei Tarif-Höherstufungen und Vertragserweiterungen gelten die Bestimmungen des § 2 Absatz 1 entsprechend für die Mehrleistung.

Zu § 2 Absatz 2

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß § 2 Absatz 2 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

* Die Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG – Unisex ergänzen die Musterbedingungen (MB/KK 2009).

§ 3 Wartezeiten**I.**

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

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

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

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

II.**Zu § 3 Absatz 3**

(1) Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung entfällt; es gilt hierfür nur die allgemeine Wartezeit von drei Monaten.

(2) Auch die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Zu § 3 Absatz 4

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Atteste auf den vom Versicherer vorgesehenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht**I.**

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

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

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

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

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

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen

Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

II.**Zu § 4 Absatz 2**

(1) Sofern der Tarif Leistungen bei Psychotherapie vorsieht, werden diese auch erbracht, wenn die Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgenommen wird.

(2) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung können auch medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen werden.

Zu § 4 Absatz 3

(1) Als Arzneimittel gelten auch homöopathische Medikamente.

(2) Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze gelten nicht als Arzneimittel.

(3) Alle nicht im Tarif aufgeführten Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Massagegeräte, Heizkissen) sind nicht erstattungsfähig.

Zu § 4 Absatz 4

(1) Sieht der Tarif Leistungen bei Entbindung vor, kann die versicherte Person auch ein Entbindungsheim bzw. Geburtshaus ihrer Wahl in Anspruch nehmen.

(2) Sofern der Tarif Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizleistungen vorsieht, hat die versicherte Person freie Wahl unter den stationären Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen.

Zu § 4 Absatz 5

Die tariflichen Leistungen werden auch dann erbracht, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Absatz 5 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so ist der Versicherer – unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld – nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

Zu § 4 Absatz 6

Der Versicherer leistet darüber hinaus im vertraglichen Umfang bei Behandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker für alle Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

(GebÜH – Stand 1985) aufgeführt sind – einschließlich Arzneimittel – bis zum jeweils genannten Höchstsatz. Für andere Methoden der unkonventionellen Medizin leistet der Versicherer, wenn er dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I.

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) gestrichen
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder 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.

II.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe a)

Bei einem Aufenthalt im Ausland besteht bei Kriegsereignissen oder inneren Unruhen Versicherungsschutz bis längstens zum Ende des 7. Tages nach Bekanntgabe einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes wegen kriegerischer Ereignisse oder innerer Unruhen. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe e)

Die Einschränkung nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e) entfällt insgesamt.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe g)

Gleiches gilt für die Behandlung durch einen Lebenspartner einer gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz eingetragenen Lebenspartnerschaft.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I.

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

(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 Fremdwährung 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.

II.

Zu § 6 Absatz 1

1. Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.

2. Rechnungen müssen enthalten: den Namen der behandelten Person, die Behandlungszeit, die einzelnen Leistungen und die Krankheitszeichnungen. Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen. Bei einer Krankenhaustagegeldversicherung genügt eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer des Krankenhausaufenthalts mit genauer Krankheitsbezeichnung und Namen der behandelten Person.

Zu § 6 Absatz 4

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

Zu § 6 Absatz 6

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I.

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

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

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

zuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

(7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG 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.

II.

Zu § 8 Absatz 4

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Zu § 8 Absatz 5, Absatz 6 und Absatz 7

Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8a Beitragsberechnung

I.

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt: dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II.

Zu § 8a Absatz 2

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Die Anrechnung der Deckungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

Zu § 8a

Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers

1. Aus den Überschüssen des Versicherers wird ein satzungsgemäß festgelegter Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, deren Beträge nur für die Versicherten verwendet werden. Dabei kann der Versicherer außer der Auszahlung bzw. Gutschrift der Beitragsrückerstattung auch die Verwendung als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders jährlich festgelegt. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung wird jährlich festgelegt. Erfolgt eine Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift oder in Form der Beitragssenkung, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, die in der Regel folgende Voraussetzungen erfüllt:

- aus den entsprechenden versicherten Tarifen sind für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden;
- die versicherten Tarife haben während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und bestehen am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch immer, es sei denn, die versicherte Person ist wegen Pflichtversicherung oder Tod ausgeschieden;
- die Beiträge für das Geschäftsjahr sind bis zum 31. Dezember des Geschäftsjahres vollständig entrichtet.

Die Beitragsrückerstattung nach Absatz 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.

Eine Beitragsrückerstattung nach Absatz 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.

Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil; ebenso nicht Tarife, für die eine Ruhensvereinbarung getroffen wurde.

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

§ 8b Beitragsanpassung

I.

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertssatz, 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 Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

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

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II.

Zu § 8 b Beitragsanpassung

Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie der Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5 % ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Dabei können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbehalte, Leistungshöchstsätze und Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

I.

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

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 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.

II.

Zu § 9 Absatz 1

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet; § 4 Absatz 5 Satz 1 bleibt unberührt.

Zu § 9 Absatz 2

Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Zu § 9 Absatz 6

Das Einwilligungserfordernis gemäß § 9 Absatz 6 wird auf den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer beschränkt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I.

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I.

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von 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

I.

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I.

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

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

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen 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 Absatz 3 VVG), setzt die Kündigung nach den Absätzen 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 von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

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

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

II.

Zu § 13 Absatz 1

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.

Der Versicherungsvertrag wird für zwei Versicherungsjahre fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird.

Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankenhaustagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I.

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

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

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

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

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

II.

Zu § 14 Absatz 2

Der Versicherer verzichtet auch in der Krankenhaustagegeldversicherung und in der Krankheitskostenteilversicherung, bei der die Voraussetzungen nach § 14 Absatz 1 nicht vorliegen, auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I.

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

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

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

II.**Zu § 15 Absatz 1 und 2**

Ehegatten und eingetragene Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartner-schaftsgesetz haben jederzeit das Recht, ihre Vertragsteile als selbstän-dige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen.

Sonstige Bestimmungen**§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen****I.**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand**I.**

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versiche-rungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versi-cherungsnehmer 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 Mit-gliedstaat 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**I.**

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versiche-rungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhält-nissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderun-gen 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 Versicherungs-nehmer 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 berück-sichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt wor-den sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif**I.**

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absätze 2a Nummer 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung 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 Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 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 Ver-träge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif**I.**

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Bei-tragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstma-lige 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 Ruhe-gehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetz-buch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG (Unisex)

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr: 331409, 04.2017

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

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG*) - Unisex

Präambel

Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten (vergleiche § 8 b) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I.

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

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

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

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

II.

Zu § 1 Absatz 1 MB/KK

Die Bezeichnung „der Versicherer“ bezeichnet – auch im Folgenden – den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

Zu § 1 Absatz 2 MB/KK

Als Versicherungsfall gelten auch palliativmedizinische Leistungen in tariflich vereinbarter Höhe, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132 d SGB V verfügen.

Zu § 1 Absatz 4 Satz 3 und 4 MB/KK

(1) Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(2) Tariflich kann vereinbart werden, dass bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland der Versicherungsschutz auch über die ersten zwei Monate hinaus verlängert werden kann - gegebenenfalls gegen einen Beitragszuschlag.

Zu § 1 Absatz 6 MB/KK

Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem die Änderung eintritt, an. Bei nicht fristgemäßer Beantragung wird der Versicherungsschutz zum Ersten des auf die Beantragung folgenden Monats angepasst. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I.

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

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

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

II.

Zu § 2 Absatz 2 Satz 2; Absatz 3 MB/KK

Sind die Voraussetzungen zur Aufnahme eines Neugeborenen gegeben, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Gebrechen. Tariflich kann vereinbart werden, dass für Neugeborene ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse eine andere Selbstbehaltstufe gewählt werden kann als die des versicherten Elternteils.

§ 3 Wartezeiten

I.

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

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

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

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

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung 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 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Helfürsorge.

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

II.

Zu § 3 Absatz 3 MB/KK

Auch die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Zu § 3 Absatz 4 MB/KK

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung auf dem vorgesehenen Vordruck ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorlegt.

Zu § 3 Absatz 5 MB/KK

In der Krankheitskostenvollversicherung entfallen die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I.

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

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

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

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

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

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

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

II.

Zu § 4 Absatz 1 MB/KK

(1) Leistungspflicht besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Kosten. Die Kosten gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z.B. Zeitpunkt der Behandlung, des Krankenhausaufenthaltes, des Kaufes der Arzneimittel oder des Kaufes, der Miete, des Leasings oder der Reparatur des Hilfsmittels. Dies gilt entsprechend für Krankenhaustagegeldleistungen.

(2) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird vom Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders jährlich festgelegt. Dabei wird entschieden, welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung

durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung als Einmalbeitrag zur Beitragsenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung wird vom Versicherer jährlich festgelegt.

Ein Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung besteht für jede Person, die folgende Voraussetzungen erfüllt:

- a) Es muss während des ganzen Kalenderjahres ein berechtigter Tarif mit voller Beitragspflicht bestanden haben und am 30. Juni des Folgejahres noch bestehen. Das letzte Erfordernis entfällt, wenn im ersten Halbjahr des Folgejahres eine der folgenden Voraussetzungen eintritt:
 - Tod des Versicherten
 - Kündigung wegen Eintritts der Krankenversicherungspflicht
 - Übertritt in andere Tarife des Versicherers
 - Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung
- b) Es dürfen für Kosten, die im abgelaufenen Kalenderjahr entstanden sind, keine Leistungen erbracht worden sein. Tariflich kann vereinbart werden, dass Leistungen für präventive ärztliche und prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen den Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung nicht ausschließen.
- c) Die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Kalenderjahr müssen entrichtet worden sein.

Die Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des Kalenderjahres, das dem leistungsfrei verlaufenen Kalenderjahr folgt, ohne Antrag ausbezahlt oder verrechnet. Werden nach Auszahlung der Beitragsrückerstattung Leistungen aus dem abgelaufenen Kalenderjahr geltend gemacht, werden diese mit der geleisteten Beitragsrückerstattung verrechnet.

Zu § 4 Absatz 2 MB/KK

(1) Sofern der Tarif Leistungen bei Psychotherapie vorsieht, werden diese auch dann erbracht, wenn die Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgenommen wird.

(2) Als Heilpraktiker im Sinne dieser Bedingungen gelten Heilpraktiker mit einer vollumfänglichen (unbeschränkten) Heilpraktikererlaubnis.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung können auch medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen werden.

Zu § 4 Absatz 3 MB/KK

(1) Folgende Präparate sind nicht erstattungsfähig: Nahrungsergänzungsmittel, diätetische Lebensmittel, medizinische Weine sowie Badezusätze. Ebenfalls nicht erstattungsfähig sind sonstige Präparate, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die der allgemeinen Stärkung, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, der Gewichtsreduktion oder der Reinigung und Pflege des Körpers dienen. Dies gilt ebenso für alle Arzneimittel, Mittel oder Produkte, die aus kosmetischen Gründen eingesetzt werden, vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, auch der Empfängnisverhütung dienen, nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern, oder deren Wirkstoffe hauptsächlich Mikronährstoffe (z.B. Vitamine, Mineralstoffe oder Aminosäuren) sind.

(2) Als Heilmittel gelten die im Abschnitt E „physikalischmedizinische Leistungen“ der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführten Leistungen, soweit sie von den unter § 4 Teil I Absatz 2 MB/KK aufgeführten Therapeuten sowie von staatlich geprüften Krankengymnasten, Masseuren und medizinischen Bademeistern, Masseuren, Fachkräften für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, medizinischen Fußpflegern und Podologen nach dem PodG, Logopäden und Fachkräften für Lymphdrainagen erbracht werden.

(3) Die erstattungsfähigen Hilfsmittel sind im Tarif abschließend aufgeführt.

Zu § 4 Absatz 4 MB/KK

(1) Sieht der Tarif Leistungen bei Entbindung vor, kann die versicherte Person auch ein Entbindungsheim bzw. Geburtshaus ihrer Wahl in Anspruch nehmen.

(2) Sofern der Tarif Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizleistungen vorsieht, hat die versicherte Person freie Wahl unter den stationären Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39 a SGB V verfügen.

Zu § 4 Absatz 5 MB/KK

(1) Der Versicherer verpflichtet auf das Erfordernis einer vorherigen schriftlichen Zusage im Falle der akuten Erstversorgung im Notfall.

(2) In der Krankheitskostenvollversicherung erteilt der Versicherer die Zusage für eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB), wenn die Schwere der Erkrankung eine ambulante Anschlussheilbehandlung oder eine andere Form der Nachbehandlung nicht zulässt und die Verlegung innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der stationären Krankenhausbehandlung aus dem Akutkrankenhaus in eine gemischte Anstalt erfolgt.

Kein Leistungsanspruch besteht, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann, sofern tariflich nichts anderes vorgesehen ist.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I.

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) entfällt
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

II.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KK

(1) Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe a) wird für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen und deren Folgen, die erstmalig nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, nach § 5 Absatz 3 geleistet.

(2) Bei einem Aufenthalt im Ausland besteht bei Kriegsereignissen oder inneren Unruhen Versicherungsschutz bis längstens zum Ende des 7. Tages nach Bekanntgabe einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes wegen kriegerischer Ereignisse oder innerer Unruhen. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer

beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind, unabhängig vom jeweils vereinbarten Versicherungsschutz, nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zuschussfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe c) MB/KK

Diese Regelung gilt auch für andere in AVB und Tarif genannte Leistungserbringer, deren Rechnung der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK sind die in einem Heilbad oder Kurort entstandenen Kosten für ambulante Heilbehandlung erstattungspflichtig.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe g) MB/KK

Gleiches gilt für die Behandlung durch einen Lebenspartner einer gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz eingetragenen Lebenspartnerschaft.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I.

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

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

(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 Fremdwährung 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.

II.

Zu § 6 Absatz 1 MB/KK

(1) Rechnungen für im abgelaufenen Kalenderjahr entstandene Kosten sollen bis spätestens 30. Juni des laufenden Kalenderjahres eingereicht werden. Versicherungsleistungen sind mit dem vorgesehenen Vordruck zu beantragen. Alle Rechnungen oder sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind im Original beizufügen, Arzneimittelrechnungen zusammen mit der Arztrechnung für den entsprechenden Zeitraum. Die Rechnungen müssen den Namen des Behandelten, die Bezeichnung der behandelten Krankheit, Angabe und Zahl der einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten und den Ziffern der zugrunde liegenden Gebührenordnung enthalten.

(2) Bei Rechnungen in fremder Sprache kann der Versicherer eine Übersetzung in die deutsche Sprache verlangen.

Zu § 6 Absatz 4 MB/KK

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Zu § 6 Absatz 6 MB/KK

Der Versicherungsnehmer kann bei einer stationären Heilbehandlung seine insoweit bestehenden Ansprüche auf Versicherungsleistungen mit dem vorgesehenen Vordruck an das Krankenhaus abtreten.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I.

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

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

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

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die

versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

(7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG 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.

II.

Zu § 8 Absatz 4 MB/KK

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Zu § 8 Absatz 6 MB/KK

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. § 206 Absatz 1 Satz 1 VVG bleibt unberührt.

§ 8a Beitragsberechnung

I.

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

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

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

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

II.

Zu § 8a Absatz 1 MB/KK

Als technische Berechnungsgrundlage wird die Dokumentation zum Berechnungsverfahren der Beiträge und der Alterungsrückstellung bezeichnet. Dazu gehören die verwendeten mathematischen Formeln, die statistischen Grundlagen (z.B. Schadenstatistiken, Sterbetafeln), die Angaben zum Verfahren der Beitragsüberprüfung und sonstige Kalkulationsansätze (z.B. Rechnungszins, Kosten).

Zu § 8a Absatz 2 MB/KK

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

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages insbesondere nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei einer Beitragsänderung gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen, sofern tariflich nichts anderes vereinbart wurde. Die Beiträge ergeben sich aus dem gültigen Versicherungsschein.

(2) Zur Beitragsentlastung im Alter werden bei Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung zu bilden ist, den Versicherten zusätzlich Beträge gemäß § 150 VAG gutgeschrieben.

§ 8b Beitragsanpassung

I.

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertssatz, 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 Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

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

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II.

Zu § 8b Absatz 1 MB/KK

Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5 % ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Anpassungen erfolgen bei beiden Risikoträgern einheitlich.

§ 9 Obliegenheiten

I.

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

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 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.

II.

Zu § 9 Absatz 1 MB/KK

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung nach Absatz 1 wird verzichtet. § 4 Absatz 5 MB/KK bleibt unberührt.

Zu § 9 Absatz 2 MB/KK

Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Zu § 9 Absatz 6 MB/KK

Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankenhaustagegeldversicherung bedarf ebenfalls der Einwilligung des Versicherers.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I.

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I.

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von 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

I.

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I.

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

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

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

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung 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 § 8 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen 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 Absatz 3 VVG), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung dienenden substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Altersrückstellung

der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nummer 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

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

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

II.

Zu § 13 Absatz 1 MB/KK

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

(2) Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankenhaustagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

Zu § 13 Absatz 2 MB/KK

Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

Zu § 13 Absatz 3 MB/KK

Endet die Versicherung aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, so hat der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Recht, eine Umwandlung der Versicherung in eine den gesetzlichen Versicherungsschutz erweiternde Zusatzversicherung entsprechend des vorher versicherten Leistungsumfanges ohne erneute Gesundheitsprüfung zu beantragen. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I.

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

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

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

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

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

II.

Zu § 14 Absatz 2 MB/KK

Der Versicherer verzichtet auch in der Krankenhaustagegeldversicherung und in der Krankheitskostenteilversicherung, bei der die Voraussetzungen nach § 14 Absatz 1 nicht vorliegen, auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I.

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

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

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

Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I.

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I.

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I.

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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

I.

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absätze 2a Nummer 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung 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 Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 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**I.**

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

Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

*) Die allgemeinen Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG – Unisex ergänzen die Musterbedingungen (MB/KK 2009)

AVB/KT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex)

Stand: 01.05.2017, SAP-Nr.: 331404, 12.2017

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

Teil II: Tarifbedingungen der UKV* - Unisex

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I.

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

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

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

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist – mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG besteht der Umwandlungsgrund auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus ge-

zahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

II.

Zu § 1 Absatz 7

Der Versicherer leistet während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung wie im europäischen Ausland.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaussfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 2 und § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 2 und § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I.

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

* Die Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung – Unisex ergänzen die Musterbedingungen (MB/KT 2009).

rungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II.

Zu § 2

Bei Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen des § 2 entsprechend für die Mehrleistungen (Erhöhung des Krankentagegeldes oder Verkürzung der tariflichen Karenzzeit).

§ 3 Wartezeiten

I.

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

II.

Zu § 3 Absatz 3

1. Die besondere Wartezeit für Entbindung beträgt ebenfalls acht Monate (Leistungen für Entbindung gemäß Tarifbedingungen zu § 5 Absatz 1 Buchstabe d)).

2. Auch die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Zu § 3 Absatz 4

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Atteste auf den vom Versicherer vorgesehenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

Zu § 3 Absatz 5

Sind die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 5 erfüllt, wird die zurückgelegte Versicherungszeit unabhängig von der Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs auf die Wartezeiten angerechnet. Bei Ausscheiden aus einem Dienstverhältnis mit Heilfürsorge gilt die Regelung entsprechend dem Ausscheiden aus einer gesetzlichen Krankenkasse.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I.

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

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

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

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlan-

gung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

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

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

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

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

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

II.

Zu § 4 Absatz 1

Die Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes setzt mit Ablauf der tariflichen Karenzzeit ein. Tritt jedoch innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

Zu § 4 Absatz 2

Dem Versicherungsnehmer wird erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen. Der Maßstab für die Erhöhung wird auf der Grundlage der Verordnungen der Bundesregierung über Bezugsgrößen in der staatlichen Rentenversicherung ermittelt. Die Einzelheiten der Anpassung (Erhöhung) werden mit Zustimmung des Treuhänders festgelegt.

Die Anpassung wird nur Versicherungsnehmern angeboten, deren Vertrag ein Krankentagegeld von 25 EUR oder mehr vorsieht.

Die Anpassung kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im jeweiligen Anpassungsjahr übersandten Vordruck beantragt werden. Das Antragsformular nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepasst werden kann und die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, muss der Versicherer den fristgerecht eingehenden Antrag ohne erneute Risikoprüfung annehmen. Die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages beim Versicherer folgt.

Bisher besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter; bisher besonders vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Zu § 4 Absatz 9

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I.

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

II.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe c)

Der Versicherer verzichtet auf die Anwendung dieser Bestimmung.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe d)

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe d) besteht Leistungspflicht bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit infolge schwangerschaftsbedingter Krankheiten und Fehlgebur.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe e)

Der Versicherer zahlt bei Entbindung für die Dauer einer stationären Unterbringung in einem Krankenhaus oder Entbindungsheim – ohne Rücksicht auf die tariflichen Karennzeiten – das vereinbarte Krankentagegeld, mindestens jedoch eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes. Die Pauschale wird auch bei nichtstationärer Entbindung gezahlt.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe g)

Sind nach einer mindestens vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit medizinisch dringend erforderlich, wird Krankentagegeld gezahlt, wenn der Versicherer deren Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes schriftlich anerkannt hat. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I.

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

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

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

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

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

II.

Zu § 6 Absatz 1

Der Versicherer kann verlangen, dass die Nachweise auf seinen Vordrucken erbracht werden. Diese sind vom Versicherten und vom behandelnden Arzt vollständig auszufüllen.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I.

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

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

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

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versi-

cherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

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

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG 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.

II.

Zu § 8 Absatz 3

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

§ 8 a Beitragsberechnung

I.

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II.

Zu § 8 a Absatz 2

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Die Anrechnung der Deckungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

Zu § 8 a Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers

Aus den Überschüssen des Versicherers wird ein satzungsgemäß festgelegter Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, deren Beträge nur für die Versicherten verwendet werden. Dabei kann der Versicherer außer der Auszahlung bzw. Gutschrift der Beitragsrückerstattung auch die Verwendung als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders jährlich festgelegt.

Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw.

Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung wird jährlich festgelegt. Erfolgt eine Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift oder in Form der Beitragssenkung, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, die in der Regel folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Aus den entsprechenden versicherten Tarifen sind für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden;
- Die versicherten Tarife haben während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und bestehen am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch immer, es sei denn, die versicherte Person ist wegen Pflichtversicherung oder Tod ausgeschieden;
- Die Beiträge für das Geschäftsjahr sind bis zum 31. Dezember des Geschäftsjahres vollständig entrichtet.

Die Beitragsrückerstattung nach Absatz 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden. Eine Beitragsrückerstattung nach Absatz 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres. Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil; ebenso nicht Tarife, für die eine Ruhensvereinbarung getroffen wurde.

§ 8 b Beitragsanpassung

I.

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

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

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

II.

Zu § 8 b Beitragsanpassung

Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5 % ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Der Versicherer ist berechtigt, entsprechend der Beitragsanpassung auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu ändern.

§ 9 Obliegenheiten

I.

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

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

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

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

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

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

II.

Zu § 9 Absatz 1

Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens bis zu dem Tag anzuzeigen, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen, mindestens aber in 14-tägigen Abständen, nachzuweisen.

Zu § 9 Absatz 2

Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen.

Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I.

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

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

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

I.

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

§ 12 Aufrechnung

I.

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I.

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

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungs-pflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam,

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

II.

Zu § 13 Absatz 1

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Der Versicherungsvertrag wird für ein Versicherungsjahr fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankentagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I.

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

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

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

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

II.

Zu § 14 Absatz 1

Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I.

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

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

II.

Zu § 15 Buchstabe a) und b)

Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

Zu § 15 Buchstabe e)

Bei Wegzug in einen Staat gemäß § 1 Absatz 8 können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Zu § 15

Ehegatten haben jederzeit das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I.

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I.

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I.

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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.

AVB/VT-S-KG - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif S-KG (Unisex)

Stand: 01.05.2017, SAP-Nr.: 331422, 12.2017

Präambel

Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen (vergleiche § 8 b) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet. Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand einheitlich durchgeführt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer¹ bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaussfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

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

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

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

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(6) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden. Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland leistet der Versicherer auch ohne besondere Vereinbarung.

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

¹ Die Bezeichnung "der Versicherer" bezeichnet - auch im Folgenden - den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Bei Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen des § 2 entsprechend für die Mehrleistungen (Erhöhung des Krankentagegeldes oder Verkürzung der tariflichen Karenzzeit).

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Die Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes setzt mit Ablauf der tariflichen Karenzzeit ein. Tritt jedoch innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

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

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

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegeldes und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam.

Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

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

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

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen, sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- entfallen –
- wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vergleiche § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- während Kur- und Sanatoriumsbehandlung, sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. Sind nach einer mindestens vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit medizinisch dringend erforderlich, wird Krankentagegeld gezahlt, wenn der Versicherer deren Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes schriftlich anerkannt

hat. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer kann verlangen, dass die Nachweise auf seinen Vordrucken erbracht werden. Diese sind vom Versicherten und vom handelnden Arzt vollständig auszufüllen.

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

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

(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 oder einmalige Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

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

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

§ 8 a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

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

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dem entsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die für den Tarif erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Die Gegenüberstellung der erforderlichen Versicherungsleistungen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen. Die Gegenüberstellung erfolgt entsprechend der jeweiligen technischen Berechnungsgrundlage. Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können die Tarifbeiträge überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders gegebenenfalls angepasst werden; weichen sie um mehr als 10 % voneinander ab, müssen die Tarifbeiträge insoweit überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders gegebenenfalls angepasst werden. Für den Tarif S-KG wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

(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. Der Versicherer ist berechtigt, entsprechend der Beitragsanpassung auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu ändern.

(3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens bis zu dem Tag, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen, mindestens aber in vierzehntägigen Abständen, nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen. Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten

Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen.

Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Der Versicherungsvertrag wird für ein Versicherungsjahr fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankentagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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

(3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(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 Inkraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Der Versicherer kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß § 19 Absatz 2 bis 4 VVG vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind.

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) mit dem Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Rentenbezug;
- d) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Erreichen des Regelrentenalters (§ 35 SGB VI, § 235 Abs. 2 SGB VI) zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Erreichen des Regelrentenalters hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
- e) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter

Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

- f) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 7 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses:

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Wegfall der Versicherungsfähigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen, solange der Beendigungsgrund besteht. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten ab Vertragsbeendigung wegen Wegfall der Versicherungsfähigkeit bzw. innerhalb von zwei Monaten seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

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

(3) Ehegatten und Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz haben jederzeit das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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 seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen 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 Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

AVB/GEPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr. 332964, 12.2016

Teil I: Musterbedingungen 2017 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017) §§ 1 - 27

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG

Präambel

Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten (vergleiche § 11) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

Die Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG ergänzen die Musterbedingungen (MB/GEPV 2017).

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

I.

- (1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die
 - in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
 - für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI erhalten.

Die §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.

- (2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die
 - vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
 - das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

I.

- (1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

- (2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

II.

Zu § 2a Absatz 2 MB/GEPV

Die Bezeichnung „der Versicherer“ bezeichnet – auch im Folgenden – den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

I.

- (1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI die Zulagenummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI, teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

- (2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

I.

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

- (2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI ist.

- (3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI; bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI mehr vorliegt.

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

- (5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung 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. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

II.

Zu § 3 Absatz 1 MB/GEPV

Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang ein Pflegetagegeld.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

I.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

I.

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

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

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

I.

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

Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5.

Wird ein Pflege tagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflege tagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einem der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I.

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vergleiche § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalles werden Pflegemonats- oder Pflege tagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

(4) Das Pflegemonats- oder Pflege tagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

I.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

I.

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

II.

Zu § 9 Absatz 2 MB/GE PV

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Zu § 9 Absatz 4 MB/GE PV

Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 10 Beitragsberechnung

I.

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das 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 Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

II.

Zu § 10 Absatz 2 MB/GE PV

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

§ 11 Beitragsanpassung

I.

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflege-

dauer, 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 eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

I.

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

- Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
- Anrechnung auf den Beitrag,
- Erhöhung der Leistung oder
- Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämien senkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

I.

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vergleiche § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindemachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

I.

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I.

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

§ 16 Aufrechnung

I.

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

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I.

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

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhezeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhezeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen 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) 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.

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

II.

Zu § 17 Absatz 1 MB/GEPU

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

(2) Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifs, Erhöhungen oder Reduzierungen des Pflegetagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

Zu § 17 Absatz 3 MB/GEVP

Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer**I.**

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe**I.**

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.
- (4) Die §§ 37 und 38 VVG sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

II.**Zu § 19 Absatz 5 MB/GEVP**

§ 19 Absatz 5 MB/GEVP gilt nicht bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in die Schweiz.

Sonstige Bestimmungen**§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen****I.**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand**I.**

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

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**I.**

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.
- (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 Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
- (3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit**I.**

- (1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.
- (2) In der Ruhezeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:
 1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhezeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
 2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
 3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
 4. Die Ruhezeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
 5. Mit der Beendigung der Ruhezeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhezeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
 6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung**I.**

- (1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.
- (2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.
- (3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

I.

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

I.

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vergleiche § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vergleiche § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI.

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

§ 27 Übergangsregelung

I.

(1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung am 31.12.2016	Einstufung ab 01.01.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Absatz 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/GEV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex)

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr. 331412, 12.2016

Teil I: Musterbedingungen 2017 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017)

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG (Unisex)

Präambel

Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten (vergleiche § 8 b) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

Die Allgemeinen Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG – Unisex ergänzen die Musterbedingungen (MB/EPV 2017).

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I.

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

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

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein

Risikozuschlag (§ 8a Absätze 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Absatz 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

II.

Zu § 1 Absatz 1 MB/EPV

Die Bezeichnung „der Versicherer“ bezeichnet – auch im Folgenden – den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

Zu § 1 Absatz 5 MB/EPV

In der Pflegetagegeldversicherung erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie die Schweiz. Eine Kürzung gemäß § 1 Absatz 5 Satz 3 erfolgt in der Pflegetagegeldversicherung nicht.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

I.

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

- a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
- c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerrelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerrelevante inadäquate Handlungen;
- d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder

über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

- e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
- aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
- f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

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

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

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I.

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und

nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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

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

§ 3 Wartezeit

I.

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

II.

Zu § 3 Absatz 2 MB/EPV

Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I.

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I.

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Absatz 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
- d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;
- e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch

- Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;
- f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
 - g) 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;
 - h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

II.

Zu § 5 Absatz 1 MB/EPV

Die Regelungen in Absatz 1 d), e), g) und h) finden auf die Pflegegeldversicherung keine Anwendung. § 5 Absatz 1 f) findet in der Pflegegeldversicherung für die Dauer der ersten vier Wochen einer vollstationären Behandlung keine Anwendung.

Zu § 5 Absatz 1 a) MB/EPV

Bei einem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz längstens bis zum Ende des siebten Tages nach Bekanntgabe einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes wegen kriegsähnlicher Ereignisse oder innerer Unruhen, es sei denn, eine Ausreise ist unverschuldet und nachweislich erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegsähnlichen Ereignissen oder inneren Unruhen.

Zu § 5 Absatz 1 c) MB/EPV

Soweit der Tarif Sachleistungen vorsieht, werden diese nur im Inland erbracht.

Zu § 5 Absätze 2 und 3 MB/EPV

Die Regelungen in § 5 Absätze 2 und 3 finden auf die Pflegegeldversicherung keine Anwendung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I.

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

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

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

(6) 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.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I.

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

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

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

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG 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.

II.

Zu § 8 Absatz 3 MB/EPV

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

§ 8a Beitragsberechnung

I.

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

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

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

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

II.

Zu § 8 a Absatz 2 MB/EPV

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

(2) Zur Beitragsentlastung bzw. Leistungsverbesserung werden in der Pflegekrankenversicherung den Versicherten zusätzliche Beträge gemäß § 150 VAG gutgeschrieben.

§ 8b Beitragsanpassung

I.

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

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

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

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

II.

Zu § 8b Absatz 1 MB/EPV

Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5% von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10% abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit über-

prüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5% ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Diese Anpassung erfolgt bei beiden Risikoträgern des Tarifs nach gemeinsamen Berechnungsgrundlagen einheitlich für den gesamten Versichertenbestand.

§ 9 Obliegenheiten

I.

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

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

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Diekünfte 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.

II.

Zu § 9 Absatz 1 MB/EPV

(1) Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach ärztlicher Feststellung anzuzeigen. Bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer in angemessenen Zeitabständen mitzuteilen, ob der Versicherungsfall weiterhin vorliegt.

(2) Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit genügt der durch die Pflegepflichtversicherung erstellte Nachweis über die Pflegebedürftigkeit. Dieser ist dem Versicherer vorzulegen. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, ist eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vorzulegen.

Zu § 9 Absatz 3 MB/EPV

Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Zu § 9 Absatz 4 MB/EPV

§ 9 Absatz 4 entfällt, wenn die Pflegebedürftigkeit durch die entsprechenden Unterlagen der Pflegepflichtversicherung nachgewiesen wird.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I.

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absätze 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absätze 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Absatz 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I.

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz 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

I.

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I.

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

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten 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.

(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.

II.

Zu § 13 Absatz 1 MB/EPV

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

(2) Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifs, Erhöhungen oder Reduzierungen des Pflegegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

Zu § 13 Absatz 2 MB/EPV

Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I.

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

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II.

Zu § 14 Absatz 1 MB/EPV

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der ergänzenden Pflegekrankenversicherung.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I.

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) In der Pflegepflegegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

II.

Zu § 15 Absatz 4 MB/EPV

(1) Abweichend von § 15 Absatz 4 endet auch in der Pflegepflegegeldversicherung das Versicherungsverhältnis nicht bereits mit Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland, sondern erst dann, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten oder die Schweiz verlegt. Eine Fortsetzung über eine anderweitige Vereinbarung bleibt unberührt.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet nicht, wenn kein Wegzug, sondern nur ein vorübergehender Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vorliegt, sofern das Versicherungsverhältnis in der Pflegepflichtversicherung weiter besteht.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I.

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I.

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I.

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne

neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

I.

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

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 01.01.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Absatz 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weichen die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Absatz 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Tarife ZahnPRIVAT

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2016, SAP-Nr.: 335508, 04.2016

Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

Die Tarife ZahnPRIVAT Premium, ZahnPRIVAT Optimal und ZahnPRIVAT Kompakt leisten für Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung und Zahnersatz zu unterschiedlichen Erstattungssätzen, ZahnPRIVAT Premium leistet auch für kieferorthopädische Behandlungen.

Tarif	Zahnbehand- lung/ Zahnersatz	Zahnprophylaxe pro Jahr	Kieferorthopädi- sche Behandlung
ZahnPRIVAT Premium	90 %	90 % aus max. 120 Euro	90 %
ZahnPRIVAT Optimal	70 %	70 % aus max. 120 Euro	keine
ZahnPRIVAT Kompakt	50 %	50 % aus max. 120 Euro	keine

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet.

1. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung sind Aufwendungen für folgende Maßnahmen erstattungsfähig:

- Parodontosebehandlung (z.B. auch mittels Periochip)
- Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion
- Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen)
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Inlays und Onlays
- Zahnersatz (Kronen und Brücken mit Verblendungen, prothetische Leistungen, Veneers sowie Implantate)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie)
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen (z.B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung, Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie). Diese Leistungen werden erstattet, sofern sie im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden.
- anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, sofern diese im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden
- Heil- und Kostenplan.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet:

- aus Tarif ZahnPRIVAT Premium zu 90 %
- aus Tarif ZahnPRIVAT Optimal zu 70 %
- aus Tarif ZahnPRIVAT Kompakt zu 50 %.

Abweichender Erstattungssatz im Rahmen der Regelversorgung:

Eine Erstattung erfolgt zu 100 % reduziert um die Leistung der GKV.

Voraussetzung dafür ist, dass

- die Maßnahme von der GKV bezuschusst wird und ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 1 SGB V erfolgt und dass
- die Gesamtmaßnahme keine privat Zahnärztlichen Teile bzw. nach der GOZ berechneten Vergütungsbestandteile aufweist.

Für alle Leistungsbestandteile für Zahnersatz und Zahnbehandlung gelten in den ersten vier Jahren die unter Ziffer 4. genannten Erstattungsgrenzen.

2. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

Unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für:

- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
- professionelle Zahnreinigung und Kontrolle
- Erstellung eines Mundhygienestatus, Kontrolle des Übungserfolges
- lokale Fluoridierung zur Kariesvorbeugung/-behandlung
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren, soweit diese Behandlung nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme erfolgt
- Zahnsteinentfernung und Kontrolle.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz aus maximal 120 Euro pro Kalenderjahr erstattet:

- aus Tarif ZahnPRIVAT Premium zu 90 %
- aus Tarif ZahnPRIVAT Optimal zu 70 %
- aus Tarif ZahnPRIVAT Kompakt zu 50 %.

3. Kieferorthopädie

Eine kieferorthopädische Leistung erfolgt ausschließlich aus Tarif ZahnPRIVAT Premium. In den Tarifen ZahnPRIVAT Optimal bzw. ZahnPRIVAT Kompakt ist die Kieferorthopädie nicht versichert.

Versicherungsschutz besteht, unabhängig von der vorliegenden kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG), sofern die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird, für:

- medizinisch notwendige Maßnahmen sowie für darüber hinausgehende Mehrleistungen (z.B. besondere Brackets und / oder Bögen, Lingualtechnik usw.)
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (z. B. Bracketumfeldversiegelung und Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie)
- den Heil- und Kostenplan.

Unabhängig vom Alter besteht auch Versicherungsschutz, wenn eine kieferorthopädische Behandlung durch einen Unfall erforderlich wird, der nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % aus maximal 4.000 Euro erbracht (d.h. erstattet werden bis zu max. 3.600 Euro) in der gesamten Tarifauflaufzeit.

Nicht erstattungsfähig sind:

- der gesetzliche Eigenanteil nach § 29 Absatz 2 SGB V, der nach Abschluss der Behandlung durch die Gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird sowie
- ein mit der Gesetzlichen Krankenkasse vereinbarter Selbstbehalt (Wahltarif).

4. Erstattungsbegrenzung in den ersten vier Kalenderjahren

Die Leistungen nach Ziffer 1 (Zahnbehandlung und Zahnersatz) und 3 (Kieferorthopädie) zusammen sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet:

- im ersten Kalenderjahr aus maximal 1.000 Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen aus maximal 3.000 Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen aus maximal 6.000 Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen aus maximal 9.000 Euro.

Zur Berechnung des Erstattungsbetrages werden die erstattungsfähigen Aufwendungen aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet. Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Grundsätzen entsprechen.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, leistet der Tarif zum versicherten Prozentsatz.

3. Bei Wahl der Kostenerstattung mit der GKV sind die Rechnungen zusammen mit dem Erstattungsvermerk und dem Abrechnungsschreiben der GKV einzureichen. Aus dem Abrechnungsschreiben der GKV müssen sich deren Einzelleistungen (Erstattungsbetrag, Selbstbehalt, Verwaltungsgebühren und sonstige Abzugsbeträge) ergeben.

Abschläge aufgrund der Wahl der Kostenerstattung (Verwaltungsgebühren oder sonstige Abzugsbeträge) nach § 13 Absatz 1 SGB V sowie mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte sind nicht erstattungsfähig.

4. Der Versicherungsschutz umfasst auch die jeweils anfallenden Laborarbeiten und Materialkosten.

5. Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für die Tarife werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 30., 40., 50. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 30, 40, 50 bzw. 60 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung in den Tarifen ZahnPRIVAT Premium, ZahnPRIVAT Optimal und ZahnPRIVAT Kompakt endet für die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch ihre Versicherung in der GKV endet.

3. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	5. Sozialgesetzbuch
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag

Tarif ZahnVITAL

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr. 331868, 10.2012

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif ZahnVITAL endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

II. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer erstmals nach Vertragsschluss angeratenen und durchgeführten medizinisch notwendigen zahn-erhaltenden Maßnahme. Dabei erstattet der Tarif einen festen Betrag in Höhe von

a) **50 Euro** pro Jahr für die **professionelle Zahnreinigung**. Diese umfasst z. B. die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen, Air Flow (Glätten und Polieren der Zähne) sowie Fluoridversiegelung.

b) **50 Euro** je Zahn für **Kunststofffüllungen**.

c) **100 Euro** je Zahn für **Einlagefüllungen (Inlays und Onlays)**.

Die tariflichen Leistungen sind zusammen mit den Leistungen der GKV und gegebenenfalls weiteren bestehenden privaten Zahnergänzungsversicherungen auf insgesamt 100 % der entstandenen Aufwendungen begrenzt. Zu diesen Aufwendungen zählen bei Kunststofffüllungen (unter II. 1. b) und Einlagefüllungen (unter II. 1. c) unter anderem auch die damit verbundenen **zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien** sowie die damit verbundenen **funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen**.

Der Versicherungsnehmer hat die Leistungen, die von der GKV und anderen Versicherern erbracht werden, nachzuweisen.

2. Die Erstattung unter II. 1. a) – c) ist

- im ersten Versicherungsjahr auf insgesamt 250 Euro,
- in den ersten zwei Versicherungsjahren auf insgesamt 500 Euro,
- in den ersten drei Versicherungsjahren auf insgesamt 750 Euro,
- in den ersten vier Versicherungsjahren auf insgesamt 1.000 Euro

begrenzt.

Hierbei werden die Erstattungen aus dem Versicherungsjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den jeweils vorhergehenden Versicherungsjahren zusammengerechnet.

Die Begrenzungen entfallen ab dem 5. Versicherungsjahr. Sie gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachträglich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Höchstsätze nicht angerechnet.

3. Abweichend von § 3 AVB/VT entfällt die Wartezeit.

4. Die Erstattungsbeträge für professionelle Zahnreinigung, Kunststofffüllungen sowie Einlagefüllungen (Inlays und Onlays) können unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3, 4 und 5 VVG mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Verhältnissen im Gesundheitswesen angepasst werden.

5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf

- vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder schriftliche Annahmeerklärung) zahnärztlich angeratene, beabsichtigte oder laufende Behandlungen. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle

sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

- Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen).

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für den Tarif ZahnVITAL wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Deshalb richten sich die monatlichen Beitragsraten nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 40. bzw. 65. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 40 bzw. 65 zu zahlen.

Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

Tarif KlinikPRIVAT/1

Stationäre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr.: 331701 10.2012

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

- Erstattungsfähig sind
 - die von einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus berechneten Kosten und die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
 - a) für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen*) einschließlich Entbindungen (stationäre Behandlung),
 - b) für ambulante Operationen
 - die Kosten für Beleghebammen und Entbindungspfleger.
 - die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Einbettzimmer.

- Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung eine Leistung, werden die erstattungsfähigen Kosten ersetzt mit

100 %

abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen.

- Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung, werden
 - a) bei stationären Behandlungen die Versicherungsleistungen nach Nummer 2 des Tarifs nach Abzug der allgemeinen Krankenhausleistungen festgesetzt,
 - b) bei ambulanten Operationen die erstattungsfähigen Kosten mit

50 %

ersetzt.

- Für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in einem Zweibettzimmer (auch ohne Unterbringungszuschlag) mit gesondert berechneten ärztlichen Leistungen wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

16 EUR,

bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

32 EUR

gezahlt.

Dies gilt auch bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer ohne Unterbringungszuschlag und ohne gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

- Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht erbracht.

- Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden. In medizinisch begründeten Fällen werden Honorarvereinbarungen über die Höchstsätze der GOÄ oder GOZ hinaus für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen in angemessener Höhe als erstattungsfähig anerkannt.

Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger werden nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung erstattet.

II. Sonstige Tarifbedingungen

- Aufnahmefähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

- Endet die gesetzliche Krankenversicherung, so kann der Versicherte unter Anrechnung der bisherigen Versicherungszeiten in eine Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers übertreten. Wird der Versicherungsschutz nicht erhöht oder erweitert, nimmt der Versicherer den Antrag ohne neue Risikoprüfung an. Der Übertritt ist innerhalb von drei Monaten seit Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Die Versicherung nach dem neuen Tarif muss in unmittelbarem Anschluss an die gesetzliche Krankenversicherung beginnen.

III. Beiträge

- Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

- Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

*) Vor- und nachstationäre Heilbehandlung im Sinne von § 115a SGB V:

§ 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).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(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) ...

Tarif KlinikPRIVAT/2

Stationäre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr.: 331709, 10.2012

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähig sind
 - die von einem nach AVB/VT anerkannten Krankenhaus berechneten Kosten und die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
 - a) für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen*) einschließlich Entbindungen (stationäre Behandlung),
 - b) für ambulante Operationen
 - die Kosten für Beleghebammen und Entbindungspfleger.
 - die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer.
- Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer ist der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und das Zweibettzimmer nicht erstattungsfähig.
- Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für Einbettzimmer, sind diese nicht erstattungsfähig.

2. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung eine Leistung, werden die erstattungsfähigen Kosten ersetzt mit

100 %

abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen.

3. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung, werden
 - a) bei stationären Behandlungen die Versicherungsleistungen nach Nummer 2 des Tarifs nach Abzug der allgemeinen Krankenhausleistungen festgesetzt,
 - b) bei ambulanten Operationen die erstattungsfähigen Kosten mit

50 %

ersetzt.

4. Für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in einem Mehrbettzimmer wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

21 EUR

geleistet.

Dies gilt auch bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer ohne Unterbringungszuschlag und ohne gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

5. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht erbracht.

6. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden. In medizinisch begründeten Fällen werden Honorarvereinbarungen über die Höchstsätze der GOÄ oder GOZ hinaus für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen in angemessener Höhe als erstattungsfähig anerkannt.

Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger werden nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung erstattet.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Aufnahmefähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

2. Endet die gesetzliche Krankenversicherung, so kann der Versicherte unter Anrechnung der bisherigen Versicherungszeiten in eine Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers übertreten.

Wird der Versicherungsschutz nicht erhöht oder erweitert, nimmt der Versicherer den Antrag ohne neue Risikoprüfung an.

Der Übertritt ist innerhalb von drei Monaten seit Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Die Versicherung nach dem neuen Tarif muss in unmittelbarem Anschluss an die gesetzliche Krankenversicherung beginnen.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

*) Vor- und nachstationäre Heilbehandlung im Sinne von § 115a SGB V

§ 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).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(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) ...

Tarif OptionPRIVAT

Anwartschaftsversicherung

Stand: 01.10.2012, SAP-Nummer: 331914, 10.2012

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- a) in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig sind oder für die aufgrund einer Pflichtversicherung Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht
- b) bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) eine Krankheitskostenvollversicherung gemäß § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) haben.

II. Optionsrecht

a) für in der GKV versicherte Personen (gemäß Abschnitt I. a):

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung für die betroffene Person den Tarif OptionPRIVAT gemäß Abschnitt III in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflegepflichtversicherung umzustellen, soweit für die versicherte Person in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind.

Wechselt die versicherte Person zum Ende der Höchstversicherungsdauer des Tarifs OptionPRIVAT bzw. bei Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung nicht aus der GKV in die private Krankheitskostenvollversicherung, hat der Versicherungsnehmer das Recht, für die betroffene Person den Tarif OptionPRIVAT gemäß Abschnitt IV in Tarife der Krankenzusatzversicherung umzustellen, soweit für die versicherte Person in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind.

Das Ende der Versicherungspflicht in der GKV oder des Anspruchs auf Familienversicherung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und nachzuweisen.

b) für in der PKV versicherte Personen (gemäß Abschnitt I. b):

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, für die versicherte Person den Tarif OptionPRIVAT innerhalb von 18 Monaten nach Versicherungsbeginn gemäß Abschnitt III in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung sowie der Krankentagegeld- und der privaten Pflegepflichtversicherung umzustellen, soweit für die versicherte Person in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind.

- c) Für die Beitragseinstufung in die Zieltarife gilt dann das tarifliche Eintrittsalter des gewählten Tarifes zum Wechselzeitpunkt.
- d) Wird die Umstellung auf einen höheren Versicherungsschutz als unter Abschnitt III. bzw. IV. zugesichert beantragt, findet hinsichtlich des erhöhten Versicherungsschutzes eine erneute Gesundheitsprüfung statt. Die Annahme des Antrages hinsichtlich eines erhöhten Versicherungsschutzes kann insoweit von einem Beitragszuschlag oder einem Leistungsausschluss abhängig gemacht werden.
- e) Wurden beim Abschluss des Tarifes OptionPRIVAT bereits besondere Bedingungen, z.B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen, vereinbart, werden diese beim Wechsel in die Krankheitskostenvoll-, in die Krankentagegeld- oder in eine Krankenzusatzversicherung übertragen; Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.
- f) Leistungen werden nach Wechsel in einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung oder Krankenzusatzversicherung ohne Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle von dem im

Versicherungsschein als Versicherungsbeginn bezeichneten Zeitpunkt an gezahlt. Dies gilt jedoch nicht für die private Pflegepflichtversicherung. Hier gelten die Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

III. Wechsel in einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung

- a) Als Krankheitskostenvollversicherung gilt ein Versicherungsschutz mit maximal folgendem Leistungsumfang:
 - ambulante Heilbehandlung
 - stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf privatärztliche Behandlung und Unterkunft in einem Einbettzimmer
 - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.
- b) Arbeitnehmer können als Krankentagegeldversicherung einen Versicherungsschutz ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vereinbaren:
 - bis jeweils zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens;
 - höchstens jedoch 130 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer zum Zeitpunkt, an dem das Optionsrecht ausgeübt wird.
- c) Selbständige können als Krankentagegeldversicherung einen Versicherungsschutz ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vereinbaren:
 - bis jeweils zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens;
 - höchstens jedoch 130 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer zum Zeitpunkt, an dem das Optionsrecht ausgeübt wird.

Selbständige Existenzgründer können die Krankentagegeldversicherung mit höchstens 90 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren.
- d) Bei einem Wechsel von in der GKV versicherten Personen in einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung nach Abschnitt II. a) muss der Versicherungsnehmer veranlassen, dass die Umstellung spätestens sechs Monate nach Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung in Kraft getreten ist.

IV. Wechsel in einen Tarif der Krankenzusatzversicherung für in der GKV versicherte Personen

- a) Als Krankenzusatzversicherung gilt ein Versicherungsschutz mit maximal folgendem Leistungsumfang:
 - ambulante Heilbehandlung mit Anspruch auf Kostenerstattung
 - stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf privatärztliche Behandlung und Unterkunft in einem Einbettzimmer
 - Zahnersatz
 - Krankentagegeld in Ergänzung zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ausgenommen sind Tarife der Pflegeergänzungsversicherung.
- b) Will der Versicherungsnehmer von dem Optionsrecht auf Wechsel in die Krankenzusatzversicherung Gebrauch machen, muss er veranlassen, dass die Umstellung spätestens drei Monate nach Ende der Höchstvertragsdauer im Tarif OptionPRIVAT bzw. nach Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung in Kraft getreten ist.

V. Ende der Versicherungsdauer

Die Versicherung nach Tarif OptionPRIVAT endet

- a) für Personen, die im Tarif OptionPRIVAT neben ihrer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (gemäß Abschnitt I. a):
- nach Ablauf von 10 Jahren seit Versicherungsbeginn im Tarif OptionPRIVAT oder
 - sechs Monate nach Ende der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Familienversicherung im Rahmen der Pflichtversicherung oder
 - mit Ausübung des Optionsrechts nach Abschnitt III. bzw. IV..
- b) für Personen, die im Tarif OptionPRIVAT neben ihrer Versicherung in einem anderen Unternehmen der PKV versichert sind (gemäß Abschnitt I. b):
- nach Ablauf von 18 Monaten seit Versicherungsbeginn im Tarif OptionPRIVAT oder
 - mit Ausübung des Optionsrechts nach Abschnitt III.

VI. Beiträge

- a) Die Beiträge im Tarif OptionPRIVAT ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.
- b) Die Beiträge im Tarif OptionPRIVAT werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.
- c) Der Beitrag im Tarif OptionPRIVAT wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.
- d) Der Beitrag ändert sich nicht, solange das Versicherungsverhältnis im Tarif OptionPRIVAT besteht.

VII. Beitragszahlung

- a) Der Beitrag im Tarif OptionPRIVAT 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.
- b) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

Tarif ExpertPLUS

Serviceversicherung

zu Tarifen mit stationärem Top-Schutzniveau

Stand: 01.10.2012, SAP-Nummer: 331674, 10.2012

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, für die beim Versicherer ein stationärer Versicherungsschutz besteht, der Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ oder darüber hinaus erstattet (Top-Schutzniveau).

II. Leistungsvoraussetzung

1. Versicherungsschutz besteht bei Behandlung folgender Erkrankungen:

Diagnose/Art der Erkrankung	Potenzielle Therapie	Fachrichtung
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems		
Herzklappenfehler (Indikation zur Operation)	Operation	Herzchirurgie
Koronare Herzkrankheit (Indikation zur Bypass-Operation)	Operation	Herzchirurgie
Koronare Herzkrankheit (Indikation zur Koronar-Angioplastie)	Therapeutische Koronar-Angioplastie (therapeutischer „Herzkatheter“)	Kardiologie
Erkrankungen der Halsschlagader (Indikation zur Operation)	Operation	Gefäßchirurgie
Erkrankungen der Hauptschlagader (Indikation zur Operation)	Operation	Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie
Bösartige Tumorerkrankungen		
Tumoren des Gehirns (auch gutartig)	Operation	Neurochirurgie
Tumoren der weiblichen Brustdrüse	Operation	Gynäkologie
Wiederaufbau der weiblichen Brustdrüse nach Tumorerkrankungen	Operation	Gynäkologie, Plastische Chirurgie
Tumoren der Gebärmutter	Operation	Gynäkologie
Tumoren des Gebärmutterhalses	Operation	Gynäkologie
Tumoren des Eierstocks	Operation	Gynäkologie
Tumoren der Prostata	Operation	Urologie
Tumoren des Hodens	Operation	Urologie
Tumoren der Blase	Operation	Urologie
Tumoren der Niere	Operation	Urologie
Tumoren des Magens	Operation	Viszeralchirurgie
Tumoren des Darmes	Operation	Viszeralchirurgie
Tumoren der Speiseröhre	Operation	Viszeralchirurgie
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems		
Bandscheibenvorfall (Indikation für Bandscheibenentfernung und/oder -ersatz, Wirbelversteifung)	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie
Kreuzbandriss (Knie)	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie
Posttraumatische Störung der Knochenbruchheilung	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie
Korrekturbedürftige Fehlstellung nach Knochenbruch	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie
Posttraumatische Knocheninfektion	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie

2. Die Leistungen setzen eine fachärztlich gesicherte Diagnose einer der in der Tabelle aufgeführten Erkrankungen voraus. Kann die Diagnose erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Therapie sicher erstellt werden, genügt auch ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht.

3. Weiterhin muss der entsprechende Facharzt die diesen Krankheitsdiagnosen in der Tabelle zugeordneten Therapien als mögliche Behandlungsalternativen bewertet haben.

4. Der Nachweis dieser Voraussetzungen ist durch die Übermittlung von fachärztlichen Befunden zu erbringen.

Der Versicherer richtet eine Spezialeinheit ein, an die Mitteilungen (z. B. per Brief, Fax oder e-Mail) im Rahmen des Tarifs ExpertPLUS zu richten sind.

Die ärztlichen Befunde müssen auf einem Formblatt an die Spezialeinheit übermittelt werden. Das Formblatt wird dem Kunden ausgehändigt. Die Fünf-Tage-Frist (siehe IV., 1.3) beginnt nur, wenn der Briefumschlag mit dem deutlich sichtbaren Vermerk

"ExpertPLUS – eilt!"

oder sinngemäß gekennzeichnet ist.

Die Unterlagen werden Eigentum des Versicherers. Die Kosten dieser Befundberichte werden vom Versicherer erstattet.

III. Versicherungsfall

1. Ein Versicherungsfall beginnt mit der ersten ärztlichen Untersuchung, die auf die Erkennung einer nach ExpertPLUS versicherten Diagnose gerichtet ist.

2. Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn die Therapie auf eine Erkrankung der Diagnoseliste ausgedehnt werden muss, die entweder mit der bisher behandelten nicht in einem ursächlichen Zusammenhang steht oder die zwar in einem ursächlichen Zusammenhang steht, aber insoweit als ein selbstständiges Krankheitsgeschehen zu bewerten ist, da andere Körperteile/Organe betroffen sind.

3. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Tarifes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

IV. Versicherungsleistungen

Sind die Voraussetzungen erfüllt, leistet der Versicherer in der Bundesrepublik Deutschland wie in den Punkten 1 bis 4 dargestellt:

1. Organisation der Behandlung durch Experten

1.1. Der Versicherer organisiert auf der Grundlage des zugrundeliegenden Stationärversicherungsschutzes die Durchführung der in der Tabelle (siehe II.) aufgeführten Operation und/oder Behandlung durch einen Experten (siehe IV. 1.2.) in Deutschland. Erfolgt keine Operation oder Behandlung, besteht die Expertenleistung in einer ärztlichen Zweitmeinung, ggf. im Rahmen einer prästationären Sprechstunde.

1.2. Experten im Sinne des Tarifes ExpertPLUS sind Behandler, die bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind und sich als Ärzte für Behandlungen aus dem Tarif ExpertPLUS beim Versicherer vertraglich verpflichtet haben.

Zur Feststellung, ob Behandler bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind, bedient sich der Versicherer öffentlich zugänglicher Qualitätskriterien und der Kenntnis seines medizinischen Beirates. Dieser ist mit vom Versicherer unabhängigen Fachleuten besetzt; die Zusammensetzung kann jederzeit eingesehen werden.

1.3. Der Versicherer sichert zu, dass

- die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert,
- oder die Vorstellung in der prästationären Sprechstunde des Experten

innerhalb von 5 Werktagen (außer Samstag) erfolgt, nachdem er die erforderlichen Nachweise gemäß II. 4. erhalten hat.

Die Fünf-Tage-Frist beginnt einen Tag, nachdem der Spezialeinheit des Versicherers die Nachweise, mit dem deutlich sichtbaren **Vermerk "ExpertPLUS – eilt!"** gekennzeichnet, zugegangen sind und der Versicherte mitgeteilt hat, bei welchem der zur Verfügung stehenden Experten er in Behandlung gehen möchte.

Sollte der Versicherte nicht transportfähig sein, beginnt die Frist zu laufen, nachdem er der Spezialeinheit die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitgeteilt hat.

1.4. Ist der Experte unvorhergesehen verhindert, kann die Operation oder Sprechstunde durch seinen ständigen Vertreter erfolgen. Unvorhergesehen heißt, dass der Experte durch Krankheit, eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung der Vorrang einzuräumen ist, oder durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.

1.5. Wenn keine Operation erforderlich ist, besteht kein Anspruch, dass nach der Empfehlung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch den Experten aus dem Ärztenetz erfolgt. Diese Behandlung kann vielmehr auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes auch von anderen Behandlern erbracht werden.

1.6. Der Versicherer entscheidet, mit welchen Experten er im Tarif ExpertPLUS zusammenarbeitet. Der Versicherer kann die Zusammenarbeit mit einzelnen Experten jederzeit beenden, insbesondere, wenn diese sich nicht an die getroffenen Vereinbarungen (z. B. bezüglich Termineinhaltung, Behandlungsqualität) halten.

Die Aufnahme eines Arztes oder Behandlers in das Ärztenetzwerk oder die Beendigung der Zusammenarbeit haben keinen Einfluss auf die vertraglichen Beziehungen des Versicherten zu dem Arzt oder Behandler und auch nicht auf die Erstattungsfähigkeit dessen Honorars aus dem bestehenden Stationärarbit. Mit der Beendigung der Zusammenarbeit im Ärztenetzwerk ist lediglich eine Vermittlung gemäß den Bestimmungen des ExpertPLUS nicht mehr möglich.

1.7. Der Versicherte kann unter den vorgeschlagenen Experten (siehe IV. 1.2.) wählen. Durch die Auswahl der Experten ergibt sich, wo die Expertenleistungen erbracht werden.

2. Aufwandspauschale

Ist der Versicherungsfall nachgewiesen, leistet der Versicherer in jedem Fall eine Aufwandspauschale in Höhe von 500 EUR, unabhängig davon, ob die sonstigen Leistungen in Anspruch genommen werden. Ein Nachweis entsprechender Kosten ist nicht erforderlich.

3. Ersatzpauschale

Kann die Fünf-Tage-Frist ausnahmsweise nicht eingehalten werden, besteht Anspruch auf eine Ersatzpauschale in Höhe von 500 EUR. Das Recht des Versicherten, einen weitergehenden Schaden nachzuweisen, bleibt unberührt. Der Versicherer versucht danach weiterhin, schnellstmöglich die Leistungen zu erbringen. Ein erneuter Anspruch auf die Ersatzpauschale besteht erst nach Ablauf der in 4. genannten Fristen.

4. Leistungsanspruch pro Versicherungsfall

4.1. Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht pro Versicherungsfall nur einmal. Ein erneuter Anspruch auf Leistungen besteht im Rahmen derselben Erkrankung frühestens nach 12 Monaten.

4.2. Die Frist von zwölf Monaten gilt nicht bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles.

Ergänzende Bedingungen

Der Tarif ExpertPLUS wird von der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG als rechtlich unabhängige Risikoträger (Versicherer) gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. Versicherer ist – auch im Folgenden – der jeweilige Risikoträger, d.h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde. In diesem Tarif wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

§ 2 Wartezeiten

1. Die Wartezeit wird vom Versicherungsbeginn an gerechnet.

2. Die Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den eingetragenen Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. der Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

3. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet. Personen, die aus einer deutschen privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit in einer Krankheitskostenvollversicherung auf die Wartezeit angerechnet. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge. Voraussetzung ist jeweils, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss beginnen soll.

§ 3 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des laufenden Jahres.

2. Der Versicherungsnehmer kann den Tarif ExpertPLUS unabhängig vom Weiterbestehen der zugrunde gelegten Stationärarbit zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

3. Die Versicherung im Tarif ExpertPLUS endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem deren Versicherung nach dem entsprechenden Stationärarbit endet.

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

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 5 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 6, kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats von Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 4 Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

3. Die monatlichen Beitragsraten richten sich dann nach dem jeweiligen Lebensalter. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. In diesen Fällen besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht.

4. Die Beitragszahlung erfolgt analog den Stationärтарifen

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

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 5 Beitragsanpassung

1. Während der Vertragsdauer können sich die Kosten für Versicherungsleistungen aufgrund veränderter durchschnittlicher Vertragsdauern, insbesondere wegen steigender Lebenserwartung, und wegen der Häufigkeit der Inanspruchnahme ändern. Dementsprechend vergleichen die Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge von den Versicherern überprüft und, soweit erforderlich, nach Maßgabe der technischen Berechnungsgrundlagen angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Diese Anpassung erfolgt bei beiden Risikoträgern des Tarifs nach gemeinsamen Berechnungsgrundlagen einheitlich für den gesamten gemeinsamen Versichertenbestand.

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

3. Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 6 Änderungen der Versicherungsbedingungen

Der Versicherer ist berechtigt, die Tarifbedingungen zu ändern, wenn und soweit dies zur Wahrung der Interessen der Versicherten geboten ist. Dies gilt insbesondere, wenn einzelne zu vermittelnde Dienste auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr angeboten werden oder umgekehrt, neue Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen verfügbar werden.

Im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts und den dadurch bedingten Änderungen im Gesundheitswesen kann die Auswahl der genannten Diagnosen und/oder Therapien angepasst werden.

KT-Tarife

Krankentagegeldversicherung

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr.: 331682, 12.2017

Es gelten die AVB/KT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex).

Krankentagegeldversicherung für Selbständige nach den Tarifen KT 8, KT 15, KT 22, KT 29 und KT 43 – KT 365

Versicherungsfähig sind alle einkommensteuerpflichtigen Personen, die ihren Beruf selbständig bzw. freiberuflich ausüben.

Versicherbar ist das durchschnittliche Nettoeinkommen des letzten Kalenderjahres oder der letzten 12 Monate vor Antragsstellung (vergleiche § 4 Absatz 2 AVB/KT). Als Nettoeinkommen gilt der Gewinn (§ 2 Absatz 2 Ziffern 2 und 3 Einkommenssteuergesetz) aus der im Versicherungsantrag angegebenen Tätigkeit.

Über das Nettoeinkommen hinaus können Krankentagegelder versichert werden, die für Beitragszahlung in der Sozialversicherung oder deren privater Entsprechung bestimmt sind.

Krankentagegeldversicherung für Arbeitnehmer nach den Tarifen KT 43 – KT 365

Versicherungsfähig sind alle Personen, die Arbeitnehmer in einem festen Dienst- oder Arbeitsverhältnis sind.

Versicherbar ist das durchschnittliche Nettoeinkommen (Bruttoarbeitsentgelt abzüglich der darauf entfallenden Steuer und Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung), das in den letzten 12 Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielt wurde.

Über das Nettoeinkommen hinaus können Krankentagegelder versichert werden, die für Beitragszahlung in der Sozialversicherung oder deren privater Entsprechung bestimmt sind.

I. Versicherungsleistungen

1. Bei vorübergehender völliger Arbeitsunfähigkeit zahlt der Versicherer ein Krankentagegeld nach

Tarif	KT 8	KT 15	KT 22	KT 29	KT 43	KT 64	KT 85	KT 92	KT 106	KT 127	KT 183	KT 274	KT 365
ab dem	8.	15.	22.	29.	43.	64.	85.	92.	106.	127.	183.	274.	365.
Tag der Arbeitsunfähigkeit													
Karenzzeit	1	2	3	4	6	9	12	13	15	18	26	39	52
Wochen													

2. Der Versicherer bietet die Möglichkeit, das Krankentagegeld ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen (Dynamisierung). Nähere Angaben hierzu unter Tarifbedingungen zu § 4 Absatz 2 AVB/KT.

3. Berufskrankheiten und Berufsunfälle sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Leistungsausschlüsse gelten sinngemäß auch für das erhöhte Krankentagegeld.

Das erhöhte Krankentagegeld gilt ab Beginn des auf die Antragstellung folgenden Monats.

II. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KT Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex)

III. Sonstige Bestimmungen

1. Wird der Versicherte arbeitslos oder stellt er als Selbständiger seine Erwerbstätigkeit ein, so entfällt die Versicherungsfähigkeit zu dem Zeitpunkt, zu dem feststeht, dass der Versicherte eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

2. Erhöht sich das Nettoeinkommen des Versicherten, so kann der Versicherungsnehmer das Krankentagegeld im gleichen Verhältnis, aufgerundet auf volle 5 Euro, erhöhen. Die Grenze des § 4 Absatz 2 AVB/KT darf nicht überschritten werden.

Die Erhöhung des Krankentagegeldes erfolgt ohne neue Gesundheitsprüfung und neue Wartezeiten, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens gestellt und die Erhöhung mit dem Antrag nachgewiesen wird. Die bisher vereinbarten Risikozuschläge und

Tarif S-KG

Krankentagegeldversicherung für gesetzlich Versicherte

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr. 331917, 04.2017

I. Allgemeines

1. Es gelten die AVB/VT-S-KG – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif S-KG (Unisex).

2. Versicherungsfähig sind alle Personen, die als Arbeitnehmer oder Auszubildende in einem Arbeitsverhältnis mit sechswöchiger Lohnfortzahlung stehen, Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind und über ein regelmäßiges Einkommen verfügen.

Wird der Versicherte arbeitslos, so entfällt die Versicherungsfähigkeit zu dem Zeitpunkt, zu dem feststeht, dass der Versicherte eine neue Tätigkeit als Arbeitnehmer nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

3. Versicherbar ist das durchschnittliche Nettoeinkommen (Bruttoarbeitsentgelt abzüglich der darauf entfallenden Steuer und Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung), das in den letzten 12 Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielt wurde.

II. Versicherungsleistungen

1. Bei vorübergehender völliger Arbeitsunfähigkeit zahlt der Versicherer ein Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit in vereinbarter Höhe.

2. Die Höhe des vereinbarten monatlichen Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (z. B. S-KG 300 bedeutet, dass ein monatliches Krankentagegeld von 300 EUR vereinbart ist). Die Zahlung des Krankentagegeldes erfolgt tageweise, wobei von 30 Tagen je Kalendermonat ausgegangen wird.

3. Berufskrankheiten und Berufsunfälle sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

III. Beiträge

Die Beiträge werden nach der jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlage festgelegt.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate richtet sich nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe und wird im Versicherungsschein ausgewiesen. Als Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem jeweils laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Von dem auf die Vollendung des 44. und 54. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 Absatz 4 AVB/VT-S-KG ein außerordentliches Kündigungsrecht.

IV. Sonstige Bestimmungen

Erhöht sich das Nettoeinkommen des Versicherten, so kann der Versicherungsnehmer das Krankentagegeld erhöhen. Die Grenze des § 4 Absatz 2 AVB/VT-S-KG darf nicht überschritten werden.

Die Erhöhung des Krankentagegeldes erfolgt ohne neue Gesundheitsprüfung und neue Wartezeiten, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens gestellt und die Erhöhung mit dem Antrag nachgewiesen wird. Die bisher vereinbarten Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse gelten sinngemäß auch für das erhöhte Krankentagegeld.

Das erhöhte Krankentagegeld gilt ab Beginn des auf die Antragstellung folgenden Monats.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT-S-KG Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif S-KG (Unisex)

Tarif KH

Krankenhaustagegeldversicherung

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr. 331687, 10.2012

Es gelten die AVB/KK – die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes wegen Krankheit oder Unfall sowie bei stationärer Entbindung wird ohne Kostennachweis ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.
2. Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.
3. Als Krankenhäuser im Sinne von § 4 Absatz 4 AVB/KK gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser. Bei Behandlung im Truppsanitätsbereich wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.
4. Die Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung.

II. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Abkürzungsverzeichnis

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

Tarif NaturPRIVAT

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2015, SAP-Nr. 334649, 12.2014

Es gelten die AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

Naturheilkundliche und alternative Heilmethoden

Ersetzt werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Behandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.250 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 1.000 EUR) im Kalenderjahr.

Erstattungsfähig sind folgende Leistungen:

- a) die im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.
- b) die im jeweils gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen („Hufeland-Verzeichnis“) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- c) die im GebüH bzw. Hufeland-Verzeichnis aufgeführten Heilmittel. Nicht erstattet werden diejenigen Heilmittel, die im Rahmen einer Maßnahme verordnet werden, die unter die Leistungspflicht der GKV fällt.
- d) die im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung nach a) oder b) verordneten Arznei- und Verbandmittel. Nicht erstattungsfähig sind die in § 4 Teil II Absatz 3 (1) AVB/VT ausgeschlossenen Präparate (Nahrungsergänzungsmittel, diätetische Lebensmittel etc.).

Die Erstattung ist begrenzt

- im ersten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 625 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 500 EUR),
- in den ersten beiden Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 1.250 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 1.000 EUR). Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Arztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ, Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen des GebüH bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

3. Wartezeit-Verzicht

Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für den Tarif NaturPRIVAT wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 50. bzw. 65. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 50 bzw. 65 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und nicht über eine andere Krankheitskostenzusatzversicherung beim Versicherer mit Leistungen für naturheilkundliche oder alternative Heilmethoden verfügen.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif NaturPRIVAT endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte

Tarif VorsorgePRIVAT

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2015, SAP-Nr. 334658, 12.2014

Es gelten die AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Vorsorgeuntersuchungen

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte bis zu insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr.

Im ersten Kalenderjahr ist die Erstattung auf 200 EUR, in den beiden ersten Kalenderjahren zusammen auf 500 EUR begrenzt.

2. Schutzimpfungen und Malariaphylaxe

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimittel für Schutzimpfungen inklusive Reiseschutzimpfungen und Malariaphylaxe bis zu insgesamt 300 EUR in zwei Kalenderjahren.

Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

3. Sehhilfen

Ersetzt werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen - unabhängig von der Änderung der Fehlsichtigkeit - bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 400 EUR) in zwei Kalenderjahren.

Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

Reinigungs- und Pflegemittel für Sehhilfen sind nicht erstattungsfähig.

4. Refraktive Chirurgien

Ersetzt werden

100%

der erstattungsfähigen Aufwendungen für refraktive Chirurgien (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen bis zu insgesamt 1.500 EUR in der Vertragslaufzeit.

Im ersten Kalenderjahr ist die Erstattung auf 200 EUR, in den beiden ersten Kalenderjahren zusammen auf 500 EUR begrenzt.

5. Hörhilfen

Ersetzt werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Hörhilfen einschließlich Otoplastik sowie Reparaturen bis zu einem nach einer Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrag von 1.000 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 800 EUR) in fünf Kalenderjahren.

Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und den vorhergehenden vier Kalenderjahren angerechnet.

Betriebskosten, z. B. Batterien, sowie Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Gebühren sind nach den Grundsätzen der GOÄ bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

3. Abweichend von § 4 Teil I Absatz 3 AVB/VT ist für die Erstattung von Kosten für Sehhilfen keine ärztliche Verordnung erforderlich.

4. Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für den Tarif VorsorgePRIVAT wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und nicht über eine andere Krankheitskostenzusatzversicherung beim Versicherer verfügen, aus der ein Leistungsanspruch in den unter I. aufgeführten Leistungsbereichen besteht.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif VorsorgePRIVAT endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte

Tarif PflegePRIVAT Premium Pflegetagegeldversicherung

Stand: 01.07.2017, SAP-Nr.: 336908, 07.2017

Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex).

I. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind. Die weitere Versicherungsfähigkeit ist nicht an das Fortbestehen der Pflegepflichtversicherung geknüpft.

II. Räumlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht abweichend von § 1 Absatz 5 der AVB/EPV-VT weltweit. Das Versicherungsverhältnis endet abweichend von § 15 Absatz 4 der AVB/EPV-VT nicht, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegt.

III. Versicherungsleistungen

Leistungspflicht besteht abweichend von § 6 Absatz 1 der AVB/EPV-VT und den Allgemeinen Tarifbedingungen zu § 9 Absatz 1 der AVB/EPV-VT unabhängig vom Zeitpunkt der Antragsstellung ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5. Maßgebend ist die Feststellung im Gutachten der Pflegepflichtversicherung. Erfolgt keine Begutachtung im Rahmen der Pflegepflichtversicherung, so ist der Begutachtungsdienst der Privaten Pflegeversicherer mit der Erstellung eines entsprechenden Gutachtens zu beauftragen. Ist dies nicht möglich, so hat der Versicherungsnehmer ein gleichwertiges Gutachten vorzulegen, das den gesetzlichen Anforderungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) entspricht. Soweit der Versicherer hierfür ein Formular zur Verfügung stellt, ist dieses zu verwenden. Die Kosten der Begutachtung sind nicht Gegenstand der Versicherungsleistung.

Für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen, besteht abweichend von § 5 Absatz 1 b) der AVB/EPV-VT Leistungspflicht.

Während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung wird abweichend von § 5 Absatz 1 f) der AVB/EPV-VT Pflegetagegeld gezahlt.

1. Pflegetagegeld

Mit Eintritt der Leistungspflicht wird:

1.1 für **häusliche und teilstationäre Pflege** das vereinbarte Tagegeld

- im Pflegegrad 1	zu 10 %
- im Pflegegrad 2	zu 30 %
- im Pflegegrad 3	zu 60 %
- im Pflegegrad 4	zu 90 %
- im Pflegegrad 5	zu 100 %

gezahlt, unabhängig davon, durch wen die Pflege durchgeführt wird (Pflegefachkraft, Familienangehörige, etc.).

1.2 für **vollstationäre Pflege** in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) und für **Kurzzeitpflege** wird das vereinbarte Tagegeld

- im Pflegegrad 1	zu 10 %
- im Pflegegrad 2	zu 30 %
- im Pflegegrad 3	zu 60 %
- im Pflegegrad 4	zu 90 %
- im Pflegegrad 5	zu 100 %

gezahlt.

2. Einmalzahlung

Beim erstmaligen Eintritt in die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 leistet der Versicherer eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen vereinbarten Tagesatzes.

Eine Einmalzahlung wird während der gesamten Laufzeit höchstens einmal gewährt. Dies gilt auch bei einem Tarifwechsel.

3. Beitragsfreistellung

Besteht mindestens Pflegegrad 3 entfällt abweichend von § 8 der AVB/EPV-VT die Beitragszahlungspflicht für die versicherte Person. Dieser Anspruch erlischt mit Ende des Monats, in dem für die versicherte Person nicht mehr Pflegegrad 3 oder ein höherer Pflegegrad festgestellt wird.

4. Wartezeit

Abweichend von § 3 AVB/EPV-VT entfällt die Wartezeit.

IV. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/EPV-VT.

V. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.

Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen. Liegen die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre unter 5%, beträgt der Anpassungssatz 5%.

2. Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgendem Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt. Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes beträgt mindestens 2 Euro oder darüber hinaus ein Vielfaches von 1 Euro.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter

der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, in Textform widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer ausdrücklich allen Dynamisierungen, erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

VI. Wechselmöglichkeit

Verändert sich in der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung (SGB XI) die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherte das Recht, in einen neuen gleichartigen Pflegetagegeldtarif zu wechseln, der vom Versicherer aufgrund der veränderten Gesetzesgrundlage eingeführt wird. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt, sofern beim Wechsel die Leistungen nicht höher oder umfassender sind.

VII. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung nach § 150 Absatz 3 VAG wird eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex)
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz

Tarif PflegePRIVAT Premium Plus Pflegetagegeldversicherung

Stand: 01.07.2017, SAP-Nr: 336919, 07.2017

Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex).

I. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind. Die weitere Versicherungsfähigkeit ist nicht an das Fortbestehen der Pflegepflichtversicherung geknüpft.

II. Räumlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht abweichend von § 1 Absatz 5 der AVB/EPV-VT weltweit. Das Versicherungsverhältnis endet abweichend von § 15 Absatz 4 der AVB/EPV-VT nicht, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegt.

III. Versicherungsleistungen

Leistungspflicht besteht abweichend von § 6 Absatz 1 der AVB/EPV-VT und den Allgemeinen Tarifbedingungen zu § 9 Absatz 1 der AVB/EPV-VT unabhängig vom Zeitpunkt der Antragsstellung ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5.

Maßgebend ist die Feststellung im Gutachten der Pflegepflichtversicherung. Erfolgt keine Begutachtung im Rahmen der Pflegepflichtversicherung, so ist der Begutachtungsdienst der Privaten Pflegeversicherer mit der Erstellung eines entsprechenden Gutachtens zu beauftragen. Ist dies nicht möglich, so hat der Versicherungsnehmer ein gleichwertiges Gutachten vorzulegen, das den gesetzlichen Anforderungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) entspricht. Soweit der Versicherer hierfür ein Formular zur Verfügung stellt, ist dieses zu verwenden. Die Kosten der Begutachtung sind nicht Gegenstand der Versicherungsleistung.

Für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen, besteht abweichend von § 5 Absatz 1 b) der AVB/EPV-VT Leistungspflicht.

Während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung wird abweichend von § 5 Absatz 1 f) der AVB/EPV-VT Pflegetagegeld gezahlt.

1. Pflegetagegeld

Mit Eintritt der Leistungspflicht wird:

- 1.1 für **häusliche** und **teilstationäre** Pflege das vereinbarte Tagegeld
- im Pflegegrad 1 zu **10 %**
 - im Pflegegrad 2 zu **30 %**
 - im Pflegegrad 3 zu **60 %**
 - im Pflegegrad 4 zu **100 %**
 - im Pflegegrad 5 zu **100 %**

gezahlt, unabhängig davon, durch wen die Pflege durchgeführt wird (Pflegefachkraft, Familienangehörige, etc.).

1.2 für **vollstationäre** Pflege in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) und für **Kurzzeitpflege** wird das vereinbarte Tagegeld

- im Pflegegrad 1 zu **10 %**
- im Pflegegrad 2 zu **100 %**
- im Pflegegrad 3 zu **100 %**
- im Pflegegrad 4 zu **100 %**
- im Pflegegrad 5 zu **100 %**

gezahlt.

2. Einmalzahlung

Beim erstmaligen Eintritt in die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 leistet der Versicherer eine Einmalzahlung in Höhe des 100fachen vereinbarten Tagesatzes.

Eine Einmalzahlung wird während der gesamten Laufzeit höchstens einmal gewährt. Dies gilt auch bei einem Tarifwechsel.

3. Beitragsfreistellung

Besteht mindestens Pflegegrad 3 entfällt abweichend von § 8 der AVB/EPV-VT die Beitragszahlungspflicht für die versicherte Person. Dieser Anspruch erlischt mit Ende des Monats, in dem für die versicherte Person nicht mehr Pflegegrad 3 oder ein höherer Pflegegrad festgestellt wird.

4. Wartezeit

Abweichend von § 3 AVB/EPV-VT entfällt die Wartezeit.

IV. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/EPV-VT.

V. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.

Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen. Liegen die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre unter 5 %, beträgt der Anpassungssatz 5 %.

2. Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgendem Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt. Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes beträgt mindestens 2 Euro oder darüber hinaus ein Vielfaches von 1 Euro.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf

den Anpassungstermin folgt, in Textform widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer ausdrücklich allen Dynamisierungen, erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

VI. Besondere Erhöhung des Pflegetagegeldes (Optionsrecht)

1. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das versicherte Pflegetagegeld für die betroffene versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten zu erhöhen. Die Erhöhung ist vom Versicherungsnehmer für die versicherte Person zu beantragen. Das Recht kann während der Vertragslaufzeit zweimal um jeweils bis zu 10 % des vereinbarten Pflegetagegeldes, jedoch höchstens bis zu den geltenden Annahmerichtlinien des Versicherers für den versicherbaren Tagessatz, in Anspruch genommen werden.

2. Die Erhöhung des vereinbarten Pflegetagegeldes kann vorgenommen werden, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamkeitserwerbs das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Zum Zeitpunkt der Antragsstellung ist die versicherte Person nicht pflegebedürftig nach Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5 und es ist kein Pflegeantrag gestellt worden.
- Zwischen der ersten und der zweiten Erhöhung liegen mindestens 5 Jahre.

3. Die Umstellung des Versicherungsschutzes tritt zum Ersten des Monats in Kraft, der auf die Antragsstellung folgt.

4. Die Erhöhung beträgt mindestens 1 Euro, darüber hinaus ein Vielfaches von 1 Euro.

5. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht, wie der Tarifbeitrag. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen.

VII. Wechselmöglichkeit

Verändert sich in der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung (SGB XI) die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherte das Recht, in einen neuen gleichartigen Pflegetagegeldtarif zu wechseln, der vom Versicherer aufgrund der veränderten Gesetzesgrundlage eingeführt wird. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt, sofern beim Wechsel die Leistungen nicht höher oder umfassender sind.

VIII. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung nach § 150 Absatz 3 VAG wird eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex)
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz

Tarif FörderPflege

Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflegetagegeld)

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr.: 332968, 12.2016

Es gelten die AVB/GEPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung bzw. private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI erhalten.

Ruht der Vertrag für eine versicherte Person gemäß § 23 AVB/GEPV-VT, ist diese Person auch ohne Anspruch auf Pflegevorsorgezulage versicherungsfähig.

2. Nicht versicherungsfähig sind Personen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen oder bezogen haben oder die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 24 AVB/GEPV-VT sind auch Personen versicherungsfähig, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

3. Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

II. Versicherungsleistungen

1. Höhe des Pflegetagegeldes

In Pflegegrad 5 beträgt das Pflegetagegeld 20 Euro.

Liegt der Beitrag für dieses Pflegetagegeld unter 15 Euro monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pflegetagegeld in der Höhe vereinbart, die zum Erreichen des Mindestbeitrags und damit zur Erlangung der Pflegevorsorgezulage nötig ist.

2. Leistungsumfang

Mit Eintritt der Leistungspflicht (siehe hierzu insbesondere §§ 6 und 7 AVB/GEPV-VT) wird das Pflegetagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- in Pflegegrad 1	zu 10 %
- in Pflegegrad 2	zu 20 %
- in Pflegegrad 3	zu 40 %
- in Pflegegrad 4	zu 70 %
- in Pflegegrad 5	zu 100 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes.

Das Pflegetagegeld wird unabhängig davon gezahlt, durch wen (Pflegefachkraft, Familienangehörige etc.) und wie (häuslich, teilstationär, stationär etc.) die Pflege durchgeführt wird.

III. Sonstiges

1. Das Pflegetagegeld wird in Vielfachen von 1 Euro versichert.

2. Der Februar wird bei der Auszahlung eines Pflegetagegeldes mit 30 Tagen angesetzt.

3. Erhalt der Förderfähigkeit bei Beitragsensenkungen

Ergänzend zu § 13 AVB/GEPV-VT gilt:

Würde der vereinbarte Tarifbeitrag für eine versicherte Person durch eine Beitragsanpassung unter den Mindestbeitrag von 15 Euro monatlich (vgl. § 9 Absatz 1 AVB/GEPV-VT) sinken, erhöht der Versicherer das vereinbarte Pflegetagegeld auf denjenigen Euro-Betrag, der zum Erreichen des Mindestbeitrags nötig ist.

Der Beitrag wird an die höhere Leistung angepasst. Leistungserhöhung und Beitragsanpassung werden zum selben Zeitpunkt wirksam.

Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer über diese Änderungen. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit entfällt, mit der Folge, dass der Vertrag endet.

4. Erhalt der Förderfähigkeit bei Vollendung des 18. Lebensjahres

Ergänzend zu § 24 Absatz 4 Satz 2 AVB/GEPV-VT gilt:

Liegt der vereinbarte Tarifbeitrag zu Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, unter dem Mindestbeitrag von 15 Euro monatlich, erhöht der Versicherer das vereinbarte Pflegetagegeld, damit die versicherte Person einen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage erwerben kann. Die Regelungen der Ziffer III. 3. gelten entsprechend.

5. Wartezeit

Abweichend von § 5 AVB/GEPV-VT entfällt die Wartezeit

- a) bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit, sofern sich der Unfall nach Vertragsschluss ereignet hat,
- b) wenn für die versicherte Person beim gleichen Versicherer zusammen mit der Versicherung nach diesem Tarif oder später eine ergänzende Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen PflegeOPTIMAL Plus, PflegePREMIUM Plus, PflegePRIVAT Premium oder PflegePRIVAT Premium Plus abgeschlossen wird. Wird die Versicherung im Tarif PflegeOPTIMAL Plus, PflegePREMIUM Plus, PflegePRIVAT Premium oder PflegePRIVAT Premium Plus wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten oder aus sonstigen Gründen vor Ablauf der Wartezeit der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung beendet, entfällt die Wartezeit nicht.

IV. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. 18. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 18 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 10 AVB/GEPV-VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/GEPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch

Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPflege

1. Zulagenberechtigung

Tarif FörderPflege wird durch eine staatliche Zulage gefördert. Erfüllen Sie die persönlichen Fördervoraussetzungen, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund für diesen Vertrag für jede versicherte Person eine Zulage von 5 Euro pro Monat, die auf den Monatsbeitrag angerechnet wird. Wichtig ist, dass Sie den Vertrag nur abschließen können, wenn Sie die Fördervoraussetzungen für die Erlangung der Zulage erfüllen:

- Sie müssen in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung versichert sein.
- Sie dürfen bei Abschluss des Vertrages keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben. Leistungsbezug wegen Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, falls Sie vor dem 31.12.2016 Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung wegen eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten haben.
- Bei Abschluss des Vertrages müssen Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- Bei Abschluss des Vertrages darf kein weiterer Vertrag über eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung bestehen, denn die staatliche Zulage wird nur für einen Vertrag je versicherte Person gezahlt. Vor Abschluss des Vertrages sollten Sie daher prüfen, ob für Sie bereits geförderte ergänzende Pflegeversicherungen bestehen.
- Ihr monatlicher Eigenanteil am Beitrag muss mindestens 10 Euro betragen.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld muss in Pflegegrad 5 mindestens 20 Euro täglich betragen. Liegt der Beitrag für dieses Pflegetagegeld unter 15 Euro monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pflegetagegeld in der Höhe vereinbart, die zum Erreichen des Mindestbeitrags und damit zur Erlangung der Pflegevorsorgezulage nötig ist.

2. Auszahlung der Zulage und Ihre Verpflichtungen hierbei

In Höhe der staatlichen Zulage wird der Beitrag gestundet, bis die Zulage an uns gezahlt wird. Die Zulage wird also auf den Beitrag angerechnet. Um die Auszahlung der Zulage kümmern wir uns.

Hierzu bevollmächtigen Sie uns, für die versicherte Person die Zulage und gegebenenfalls auch die Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Bei der zentralen Stelle handelt es sich um die für die Gewährung der Zulage verantwortliche Behörde bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Hilfsweise und zur Beschleunigung der Angelegenheit erlauben Sie uns für den Fall, dass Ihnen bei Antragstellung die Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagenummer nicht vorliegt, auch die Nutzung der bei den Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern eventuell bereits vorhandenen Nummern.

Mit dem Zulagenantrag werden aufgrund der von Ihnen erteilten Vollmacht die persönlichen Fördervoraussetzungen an die staatliche Zulagenstelle übermittelt. Die Zulage wird im Anschluss an das Kalenderjahr von der zentralen Stelle an das Versicherungsunternehmen ausgezahlt und unmittelbar Ihrem Vertrag gutgeschrieben.

Wichtig ist auch Ihre Verpflichtung, Veränderungen in der Zulageberechtigung (vgl. Nr. 1) unverzüglich anzuzeigen, damit die Zulage durch uns zutreffend beantragt werden kann. Besteht kein Anspruch auf Zulage, wird das Versicherungsverhältnis rückabgewickelt, bis zu Beginn des Zeitraums, für den zuletzt eine Zulage gezahlt worden ist.

Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass für Sie oder eine andere versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, teilen wir Ihnen dies mit und informieren Sie über Ihre weiteren Handlungsmöglichkeiten. Besteht kein Anspruch auf Zulage, da bereits ein anderer Vertrag die Zulage erhalten hat, haben Sie die Möglichkeit, den jüngeren Vertrag aufzuheben und die Zuweisung der Zulage auf den älteren Vertrag zu verlangen, um bereits aufgebaute Alterungsrückstellungen zu bewahren und um zu vermeiden, dass bereits durchlaufene Wartezeiten verloren gehen.

Besondere Bedingungen zur Anwartschaftsversicherung

Stand: 01.05.2011, SAP-Nr.:329787 (A310), 04.2011

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (bzw. Gruppenversicherungsbedingungen) der in Anwartschaft geführten Tarife (Grundtarife), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

Allgemeines

Auf Antrag des Versicherungsnehmers können die Tarife der Krankenversicherung als große oder kleine Anwartschaftsversicherung geführt werden. Während dieser Zeit besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Durch die Anwartschaftsversicherung erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht, nach Beendigung der Anwartschaftszeit die Grundtarife in Kraft zu setzen.

Für Versicherungsfälle, die während der Anwartschaftszeit eingetreten sind, wird für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem In-Kraft-Treten des Versicherungsschutzes fällt.

Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten und die Fristen der tariflichen Leistungsbegrenzung angerechnet.

Kleine Anwartschaftsversicherung

Bei der kleinen Anwartschaftsversicherung verzichtet der Versicherer bei In-Kraft-Treten der Grundtarife auf eine erneute Risikoprüfung. Der Beitrag richtet sich dann nach dem erreichten Lebensalter (Neuzugangsbeitrag) abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Zeit vor der Anwartschaftsversicherung.

Für Tarife, in denen keine Alterungsrückstellung aufgebaut wird, kann nur die kleine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden.

Große Anwartschaftsversicherung

Bei der großen Anwartschaftsversicherung verzichtet der Versicherer bei In-Kraft-Treten der Grundtarife auf eine erneute Risikoprüfung und legt für die Beitragsberechnung das ursprüngliche Eintrittsalter des Grundtarifs unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zugrunde. Dadurch wird der Versicherte so gestellt, als habe er diesen Tarif ununterbrochen ohne Anwartschaftsversicherung geführt.

Voraussetzungen für den Abschluss der Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung kann vereinbart werden für die Dauer

- a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder eines Anspruchs auf Familienversicherung
- b) des Bestehens oder der Erhöhung eines Beihilfeanspruchs
- c) eines Anspruchs auf Heilfürsorge
- d) einer Berufsunfähigkeit (nur in der Krankentagegeldversicherung)
- e) der Elternzeit (nur in der Krankentagegeldversicherung)
- f) eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes (ab zwei Monaten)
- g) einer vorübergehenden wirtschaftlichen Notlage (z. B. Arbeitslosigkeit).

Die Anwartschaftsversicherung von Anfang an ist möglich.

Beendigung der Anwartschaftsversicherung

Der Wegfall der Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung ist innerhalb einer Frist von zwei Monaten anzuzeigen und nachzuweisen. In diesem Fall tritt die Versicherung nach den Grundtarifen zu dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem die Voraussetzungen entfallen. Wird diese Frist versäumt, kann der Versicherer die Inkraftsetzung der Grundtarife von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen und Wartezeiten festsetzen.

Tarifänderungen

Tarifänderungen oder Beitragsanpassungen der Grundtarife sind auch für die Anwartschaftsversicherung wirksam.

Beitrag

Der Beitrag für die kleine Anwartschaftsversicherung beträgt 5% des jeweiligen Beitrages des Grundtarifs.

Der Beitrag für die große Anwartschaftsversicherung ergibt sich aus dem in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegten Prozentsatz, bezogen auf den jeweils geltenden Beitrag des Grundtarifs.

Beitragszuschläge (z.B. Risikozuschläge, gesetzlicher Zuschlag) werden während der Anwartschaftszeit nicht erhoben.

Sonderbedingungen zur Vereinbarung von Risikobeiträgen zu den Tarifen (GS 100, GE, KH, PTE, KT, KTM)

Stand: 01.05.2007, 339645 (V170), 07.2018

Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Die Sonderbedingungen zur Vereinbarung von Risikobeiträgen können zu den Tarifen

GS 100	Zusatzversicherung für stationäre Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
GE	Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte
KH	Krankenhaustagegeldversicherung
PTE	Pflege tagegeldversicherung
KT	Krankentagegeldversicherung
KTM	Krankentagegeldversicherung für Ärzte und Zahnärzte

von allen Personen, die nach diesen Tarifen versicherungsfähig sind, ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden, vereinbart werden.

Zu den Tarifen KT oder KTM können diese Sonderbedingungen nur dann vereinbart werden, wenn diese Tarife zur Ergänzung des Krankengeldanspruchs einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert werden.

Für die Dauer der Gültigkeit der Sonderbedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz R.

2. Beiträge

Die sich aus diesen Sonderbedingungen ergebende Reduzierung der Beiträge der vereinbarten Tarife resultiert aus dem Verzicht auf die Bildung einer Alterungsrückstellung. Deshalb richten sich die monatlichen Beitragsraten für die Dauer der Gültigkeit dieser Sonderbedingungen nach dem jeweiligen Lebensalter.

Von dem auf die Vollendung des 24., 29., 34., 39., 44., 49., 54. und 59. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Die Bestimmungen der AVB zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

3. Ende der Sonderbedingungen

Der Versicherungsnehmer kann diese Sonderbedingungen zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von zwei Wochen beenden; sie entfallen, wenn die versicherte Person das 64. Lebensjahr vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt gelten die vereinbarten Tarife und AVB ausschließlich und es ist der Beitrag der vereinbarten Tarife nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 b der AVB.

Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, die Versicherung zu diesem Zeitpunkt mit einer Frist von zwei Monaten zu kündigen.

Besondere Bedingungen zur Kombination von Pflegetagegeldtarifen

Stand: 01.01.2017, SAP-Nr.: 331989, 12.2016

Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Geltungsbereich

Diese Besonderen Bedingungen gelten, wenn und solange beim Versicherer zwei oder mehr Pflegetagegeldtarife (einschließlich der jeweiligen Tarifvarianten), die jeweils eine tarifliche Dynamisierung vorsehen, miteinander kombiniert werden.

2. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

Abweichend zu den Dynamisierungsregelungen in den Tarifbedingungen der jeweils versicherten Pflegetagegeldtarife gilt Folgendes:

Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen,

- solange die versicherte Person noch nicht pflegebedürftig in einem der versicherten Pflegegrade ist.

3. Ende der Besonderen Bedingungen

Diese Besonderen Bedingungen entfallen, wenn nur noch ein Pflegetagegeldtarif besteht, der eine tarifliche Dynamisierung vorsieht.

Abkürzungsverzeichnis

AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
SGB XI	XI. Buch Sozialgesetzbuch
MB/PPV	Musterbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Besondere Bedingungen für junge Erwachsene/YoungLINE

Stand: 01.01.2016, SAP-Nr : 331995, 07.2016

Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen für junge Erwachsene können zu dem Tarif

KlinikPRIVAT/2 Stationäre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte vereinbart werden.

Solange die Besonderen Bedingungen gelten, erhält der Tarif den Zusatz „YL“.

Die Besonderen Bedingungen können von allen Personen ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden, vereinbart werden. Das Höchstaufnahmealter beträgt 29 Jahre.

II. Beiträge

1. Während der Gültigkeit der Besonderen Bedingungen reduziert sich der Beitrag gegenüber dem des zugrunde liegenden Tarifs, weil keine Alterungsrückstellung gebildet wird. Deshalb richten sich die monatlichen Beitragsraten nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

2. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

III. Ende der Besonderen Bedingungen

1. Die Besonderen Bedingungen entfallen
 - a) mit Beendigung des zugrunde liegenden Tarifes;
 - b) zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet;
 - c) bei Kündigung der Besonderen Bedingungen durch den Versicherungsnehmer. Die Kündigung ist zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von zwei Wochen möglich.

2. Entfallen die Besonderen Bedingungen aufgrund Punkt 1 Buchstabe b) oder c), wird die Versicherung ohne Unterbrechung im zugrunde liegenden Tarif weitergeführt. Die Weiterführung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung der Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter.

Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis zwei Monate nach der Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter – BEA 65

Stand: 01.04.2017, SAP-Nr.: 331929, 04.2017

Es gelten vereinbarten Tarife mit den dazu gehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Aufnahmefähigkeit

Die Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter können zu allen Tarifen der Krankheitskostenversicherung vereinbart werden, wenn in diesen Tarifen für die versicherte Person eine Altersrückstellung gebildet wird.

II. Höhe des Ermäßigungsbetrages

1. Der Ermäßigungsbetrag kann in Vielfachen von 5 Euro vereinbart werden.
2. Der vereinbarte Ermäßigungsbetrag darf 100 % der monatlichen Beitragsrate der Grundtarife nicht übersteigen. Grundtarife sind die Tarife, zu denen diese Sonderbedingungen vereinbart werden.
3. Vor Wirksamwerden der Ermäßigung kann auf Antrag des Versicherungsnehmers der vereinbarte Ermäßigungsbetrag unter Berücksichtigung der Absätze 1 und 2 erhöht bzw. vermindert werden.

III. Leistungen des Versicherers

Vom Ersten des Monats an, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgt, ermäßigt sich die monatliche Beitragsrate der Grundtarife um den für die versicherte Person vereinbarten Betrag.

Die Beitragsermäßigung kann bei einer Beitragsanpassung der Grundtarife auf Antrag des Versicherungsnehmers bereits ab Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person beginnen. In diesem Fall ermäßigt sich die monatliche Beitragsrate der Grundtarife der versicherten Person zu Beginn des auf den Antrag des Versicherungsnehmers folgenden Monats um einen nach den technischen Berechnungsgrundlagen berechneten verminderten Betrag.

IV. Änderung der Grundtarife

1. Bei einem Wechsel in andere Grundtarife werden die Sonderbedingungen unter Berücksichtigung von I. auf die neuen Grundtarife übertragen.
2. Sinkt der Beitrag der Grundtarife oder wird ein Wechsel in Grundtarife mit niedrigerem Beitrag vorgenommen, so dass die vereinbarte Beitragsermäßigung die in II. 2. festgelegte Höchstgrenze übersteigt, wird der Ermäßigungsbetrag nach den technischen Berechnungsgrundlagen gesenkt. Die vorhandene Altersrückstellung bleibt vollständig erhalten.

V. Ende der Sonderbedingungen

1. Die Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter und alle damit vom Versicherungsnehmer erworbenen Rechte enden mit Beendigung des Versicherungsschutzes nach den Grundtarifen.
2. Der Versicherungsnehmer kann die Sonderbedingungen unabhängig vom Weiterbestehen der Grundtarife zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Aus der vorhandenen Altersrückstellung wird nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine sofortige nunmehr allerdings verminderte Beitragsermäßigung eingeräumt.

VI. Beiträge

1. Durch Vereinbarung der Sonderbedingungen erhöht sich der Beitrag der Grundtarife um einen Zusatzbetrag. Der Zusatzbetrag wird nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Er ergibt sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle. Der monatlich zu zahlende Zusatzbetrag wird in dem jeweils gültigen Versicherungsschein ausgewiesen.

2. Der Zusatzbetrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

3. Der Zusatzbetrag ist über die gesamte Versicherungsdauer auch nach Wirksamwerden der Beitragsermäßigung zu zahlen.

VII. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers aufgrund veränderter durchschnittlicher Vertragsdauern, insbesondere wegen steigender Lebenserwartung, ändern.

Deshalb werden die Rechnungsgrundlagen der Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter nach den technischen Berechnungsgrundlagen zusammen mit den Rechnungsgrundlagen der in I. genannten Tarife überprüft und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 25.05.2018, SAP-Nr: 334806, 07.2018

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Union Krankenversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Union Krankenversicherung AG
Peter-Zimmer-Straße 2
66123 Saarbrücken
E-Mail: Service@UKV.de

Unseren Konzern-Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter
Versicherungskammer Bayern
Datenschutz
Maximilianstraße 53
80530 München
E-Mail: Datenschutz@VKB.de

2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter <https://www.vkb.de/content/ueber-uns/unternehmen/datenschutz-compliance/datenschutz/abrufen>.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben z.B. zu ärztlichen Behandlungen benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch Ihre Erstattungsansprüche sind.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Absatz 1b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Absatz 2a) in Verbindung mit Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Absatz 2j) DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen unsererseits oder Dritter zu wahren (Art. 6 Absatz 1f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Konzerns Versicherungskammer Bayern und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Absatz 1c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

3. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

a) Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Nähere Informationen zum aktuell eingesetzten Rückversicherer können Sie der Dienstleisterliste auf unserer Internetseite unter [dienstleister.vkb.de](https://www.vkb.de) entnehmen. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

b) Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

c) Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

d) Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Aufstellung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version unserer Internetseite unter

<https://www.vkb.de/content/ueber-uns/unternehmen/datenschutz-compliance/datenschutz>

entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern.

e) Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden)

4. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

5. Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

6. Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

7. Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Zuständig ist die Datenschutzaufsichtsbehörde des Bundeslandes, in dem wir als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung unseren Sitz haben.

8. Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte dem Merkblatt "Informationen über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO", das Sie unserer Homepage unter <https://www.vkb.de/content/ueber-uns/unternehmen/datenschutz-compliance/datenschutz/> entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

9. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

10. Bonitätsprüfung

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung sowie zur Verifizierung Ihrer Adresse (Prüfung auf Zustellbarkeit) und um Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten zu erhalten an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1b) und Artikel 6 Absatz 1f) der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD im Sinne des Artikels 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. entnehmen Sie bitte dem Merkblatt "Information gem. Art. 14

EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“), das Sie unserer Homepage unter <https://www.vkb.de/content/ueber-uns/unternehmen/datenschutz-compliance/datenschutz/> entnehmen oder beim Verantwortlichen für die Datenverarbeitung anfordern können.

11. Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

12. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.

infoscore Consumer Data GmbH

Information gem. Art 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH

Stand: 25.05.2018, SAP-Nr: 339588, 07.2018

Dies ist eine Information unseres Dienstleisters infoscore Consumer Data GmbH (im Folgenden: ICD) über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH
Rheinstr. 99
76532 Baden-Baden

Deren betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter

infoscore Consumer Data GmbH
zu Hd. Abteilung Datenschutz
Rheinstr. 99
76532 Baden-Baden
E-Mail: datenschutz@arvato-infoscore.de

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z.B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungsbau oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftsfirma-Unternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist.

Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungsbau, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Nr. 5), zu Schuldnerverzeichniseinträgen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-) Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen.

Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband *Die Wirtschaftsauskunfteien e.V.* zusammengeschlossenen Auskunftsfirma-Unternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nm. 1 bis 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD

- das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Der Landesdatenschutzbeauftragte
für den Datenschutz Baden-Württemberg
Königstraße 10a
70173 Stuttgart

Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner der ICD widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit.

Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Vornamen der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter

<https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> beantragen.

9. Profilbildung / Profiling / Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt:

- Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Nr. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Eintragungen und Insolvenzverfahren (siehe Nr. 4. u. 5.),
- Geschlecht und Alter der Person,
- adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse),
- Anschriftendaten
- Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße / Haus),
- Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.