

Versicherungsbedingungen

Tarife mit Tarifbedingungen für Zusatzversicherte

Stand: 1.1.2008

Continentale Krankenversicherung a.G.
Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
www.continentale.de

Inhalt:

	Seite
1. Tarife mit Tarifbedingungen und Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren	3
2. Besondere Bedingungen	30
3. Pflegetagegeld- und Pflegezusatzversicherung	32

Inhaltsübersicht

	Kurzbeschreibung	Seite
Tarif CE	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	3
Tarif CEB-PLUS	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	5
Tarif CEK-PLUS	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	8
Tarif CEZ	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	11
Tarif CEZK	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	12
Tarif SGIK	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung auch mit Anspruch auf Kostenerstattung	13
Anhang SGB	Anhang zu den Tarifen CE, CEB-PLUS, CEK-PLUS, CEZ, CEZK und SGIK (SGB V)	17
Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren		18
Tarif Z1	Versicherung der Kosten von Zahnersatz von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung	19
Tarif SGII	Zusatzversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung	20
Tarif SGR1	Optionstarif für die spätere Krankheitskostenvollversicherung mit Versicherung der Wahlleistungen bei stationären Krankenhausbehandlungen und der Kosten bei Auslandsaufenthalten während der Mitgliedschaft bei der GKV	22
Tarif SV	Privatärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung	25
Tarif AV-P	Optionstarif für eine Krankheitskostenversicherung mit höheren Leistungen	26
Tarif SII	Krankenhaustagegeld	26
Tarif KS	Kurkostenversicherung	27
Tarif KS1	Kurtagegeldversicherung	29
Besondere Bedingungen für Personen in einer Berufsausbildung (AZ)		30
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)		31
Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)		31
Tarif PTE	Pflegetagegeldversicherung	32
Tarif PTK	Pflegetagegeldversicherung	33
Tarif PZ	Pflegezusatzversicherung	34

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CE für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherten wohnenden Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

4. Erlass der Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B III.

5. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der GKV endet. Das Versicherungsverhältnis kann unter den in § 3 Abs. 5 MB/KK 2008 vorgesehenen Vergünstigungen und Voraussetzungen als Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen fortgesetzt werden, wobei für schwebende Versicherungsfälle die Leistungen höchstens im gleichen Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes erbracht werden.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden im tariflichen Rahmen die Kosten, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Erfolgt keine Leistung durch die GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif mit Ausnahme der Erstattung der Kosten bei Auslandsaufenthalten und der Kosten für Zahnersatz von Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind.

I. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Erstattet werden 20 % des gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V (siehe Anhang) festgesetzten Betrages für die jeweilige Regelversorgung mit Zahnersatz (zahn technische Leistungen und zahnärztliche Behandlung).

2. Erhalten Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind, von der GKV keine Vorleistung, werden die Kosten für Zahnersatz im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den Regelhöchstätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) mit 20 % erstattet. Kosten für Zahnersatz sind in diesen Fällen die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen, prothetische, implantologische und bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen und Stifzähne sowie Material- und Laborkosten. Die Kosten für implantologische Leistungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsmaßnahmen nicht zur Verfügung stehen und dies vor Behandlungsbeginn durch ein zahnärztliches Attest nachgewiesen wird.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen, die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes sowie gesondert berechenbare Leistungen der Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger im Mehr-Bett-Zimmer. Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten. Jede Unterkunft in einem Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer ohne Mehrkosten gilt ebenfalls als Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer.

Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.

2. Der Versicherte kann sich auf die fehlende Leistungszusage gemäß § 4 Abs. 5 MB/KK 2008 nicht berufen, wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte, wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Abs. 5 MB/KK 2008 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers gemäß § 4 Abs. 5 MB/KK 2008 bedarf es nicht.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 2008 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

- a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung, und zwar für:
 - ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker);
 - Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Ver-

ordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: kosmetische Präparate sowie Nähr- und Stärkungspräparate;

- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschl. Kronen sowie Kieferorthopädie;
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten;
- den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in das Inland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern die Begleitung medizinisch notwendig war oder von der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungskosten

Überführungskosten sind entweder die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch die Überführung in das Inland entstehen, oder die Kosten, die durch die Bestattung am Sterbeort entstehen. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu 10.226,- Euro.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass der Versicherungsschutz vor Antritt der Reise durch besondere Vereinbarung ausgedehnt wird.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – unbeschadet des § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2008 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassenen Rücktransportes übernommen; ansonsten werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltende ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2008 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG genannten Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 2008).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
- für Entbindung (ausgenommen Frühgeburt) und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen;
- für Hilfsmittel, z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw., mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;

- für weder im jeweiligen Aufenthaltsland noch im Inland wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel.

4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.
5. Als Inland gilt die Bundesrepublik Deutschland.
6. Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 4 MB/KK 2008 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbelege nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Behandlungstage enthalten. Soweit Duplikatrechnungen vorgelegt werden, muss die Vorleistung eines anderen Kostenträgers betragsmäßig bestätigt sein.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

5. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2008

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt,
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

gen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEB-PLUS für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2008 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlass der Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für die zu versichernde Person bei nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfällen und für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B III.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine Pauschalleistung als Ausgleich für entstandene Aufwendungen.

Die Pauschalleistung beträgt mindestens 3/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge. Beträgt der leistungsfreie Zeitraum mehr als ein Geschäftsjahr, erhöht sich die Pauschalleistung für jedes weitere leistungsfreie Geschäftsjahr um 1/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge. Die maximale Pauschalleistung beträgt 6/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen für:

1. Naturheilverfahren

- a) Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen

jeweils gültigen Fassung (Gebüh) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen Gebüh bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebühziffern und Höchsterstattungsbeträgen zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

b) Erstattungsfähig sind alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

Die Kosten für alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente – ausgenommen der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Nr. 2) – werden bis zu 100,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

2. Arznei- und Verbandmittel

Die nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln werden mit 100 % erstattet.

3. Heilmittel

Die nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Heilmitteln werden mit 100 % erstattet.

4. Brillen/Kontaktlinsen

a) Die nach Leistung der GKV verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden bis zu 77,- Euro erstattet.

b) Besteht nachweislich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, sind die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen zu 80 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 100,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

5. Fahrkosten

Die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten werden mit 100 % erstattet.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Höchsterstattungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden

a) die nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen je Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes.

b) die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten.

c) die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2008 ist nicht erforderlich.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 2008 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

– ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;

– Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u.ä.;

– schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;

– stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransports übernommen.

Anstelle des Kostenersatzes für eine vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahe stehenden Person medizinisch notwendig ist.

– den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungs- oder Bestattungskosten

Überführungskosten sind die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbe-

ort entstehen, bis zu 10.000,- Euro; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherter Person.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass ein verlängerter Versicherungsschutz vor Antritt der Reise besonders vereinbart wurde.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2008 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassenen Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2008 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 2008) genannte Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. MB/KK 2008).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
- für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
- für Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;
- für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.

5. Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 4 MB/KK 2008 gilt für gehandelte Währungen 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.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muss. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen. Ein Leistungsvermerk der GKV ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Bei stationärer Heilbehandlung sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

4. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2008

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt,
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen

jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10% bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5% bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEK-PLUS für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2008 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlass der Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für die zu versichernde Person bei nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfällen und für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B III.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine Pauschalleistung als Ausgleich für entstandene Aufwendungen.

Die Pauschalleistung beträgt mindestens 3/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge. Beträgt der leistungsfreie Zeitraum mehr als ein Geschäftsjahr, erhöht sich die Pauschalleistung für jedes weitere leistungsfreie Geschäftsjahr um 1/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge. Die maximale Pauschalleistung beträgt 6/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen für:

1. Naturheilverfahren

a) Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebÜH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebÜH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 80 % der erstattungsfähigen Kosten.

b) Erstattungsfähig sind alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 80 % der erstattungsfähigen Kosten.

Die Kosten für alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente – ausgenommen der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Nr. 3) – werden bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

2. Ärztliche und zahnärztliche Behandlung („Praxisgebühr“)

Die nach § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers werden mit 100 % bis zu 100,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

3. Arznei- und Verbandmittel

Die nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln werden mit 100 % erstattet.

4. Heilmittel

Die nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Heilmitteln werden mit 100 % erstattet.

5. Hilfsmittel

Die nach § 33 Abs. 2 Satz 5 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Hilfsmitteln (außer Sehhilfen) werden mit 100 % erstattet.

6. Brillen/Kontaktlinsen

a) Die nach Leistung der GKV verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden bis zu 150,- Euro erstattet.

b) Besteht nachweislich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, sind die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen zu 80 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 200,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

7. Rehabilitationsmaßnahmen/Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahmen

Die nach § 40 Abs. 5 und 6 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und die nach § 41 Abs. 3 SGB V (siehe Anhang) vorgesehene Zuzahlung je Tag einer Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme werden mit 100 % erstattet.

8. Fahrkosten

Die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten werden mit 100 % erstattet.

9. Vorsorgeuntersuchungen

Die Kosten für medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen, die in dem anhängenden Verzeichnis aufgeführt sind, sind zu 80 % erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Höchstleistungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden

- a) die nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen je Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes.
- b) die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten.
- c) die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2008 ist nicht erforderlich.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 2008 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

- a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:
 - ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
 - Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer, Mineralstoffpräparate u.ä.;
 - schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
 - stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransports übernommen. Anstelle des Kostenersatzes für die vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es

wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahe stehenden Person medizinisch notwendig ist.

– den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungs- oder Bestattungskosten

Überführungskosten sind die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherter Person.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass ein verlängerter Versicherungsschutz vor Antritt der Reise besonders vereinbart wurde.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2008 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransports übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2008 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 2008) genannte Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 2008).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbin-

dung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;

- für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
 - für Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;
 - für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.
4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.
5. Umrechnung ausländischer Währung
- Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 4 MB/KK 2008 gilt für gehandelte Währungen 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.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muss. Wenn die GKV nachweislich keine Leis-

tung erbringt, müssen die Rechnungen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen. Ein Leistungsvermerk der GKV ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Bei stationärer Heilbehandlung sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

4. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2008

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt;
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die gemäß Abschnitt B I 9 erstattungsfähig sind:

Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat	Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschließlich Dermatoskopie
Früherkennungs-Untersuchung U7a im 30. bis 40. Lebensmonat	Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
Früherkennungs-Untersuchung U9a im 8. Lebensjahr	Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
Früherkennungs-Untersuchung U9b im 10. Lebensjahr	Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens („PSA-Test“)
Großer Gesundheits-Check: Untersuchungen mit 1. Anamnese Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils 2. Klinische Untersuchung Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus) ggf. einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte	Früherkennung von Schwerhörigkeit bei Neugeborenen mittels Bestimmung der otoakustischen Emissionen oder mittels Hirnstammaudiometrie („Audio-Check“)
	Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung („Schiel-Vorsorge“)
	Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie („Glaukom-Vorsorge“)
	Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
Große Krebsvorsorge für Frauen: Klinische Untersuchung, einschließlich Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren	Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht
Große Krebsvorsorge für Männer: Klinische Untersuchung, einschließlich Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren	

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZ für die Versicherung der Kosten von Zahnersatz für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2008 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlass der Wartezeit

Die besondere Wartezeit kann erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebisszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfällt für die zu versichernden Personen bei nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfällen.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnersatz (zahn technische Leistungen und zahnärztliche Behandlung).

Die Höhe der Versicherungsleistung ist abhängig von der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine Tarifstufe beträgt 5 % des gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V (siehe Anhang) festgesetzten Betrages für die jeweilige Regelversorgung mit Zahnersatz. Der Mindestversicherungsschutz umfasst 3 Tarifstufen. Die Versicherungsleistung wird auch erbracht, wenn die versicherte Person eine von der Regelversorgung abweichende Versorgung in Anspruch nimmt. Die Mehrkosten für einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz sind nicht erstattungsfähig.

Besteht ein Anspruch auf Leistung gegen andere Kostenträger, so ist der Versicherer im Rahmen des vereinbarten Leistungsumfanges nur für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen. Soweit Duplikatrechnungen vorgelegt werden, muss die Höhe der Vorleistung eines anderen Kostenträgers bestätigt sein.

Die Rechnungsbelege müssen spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, den zahnprothetischen Befund mit der zugeordneten Regelversorgung, die Höhe der darauf entfallenden Vergütung und die Behandlungstage enthalten.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Anzahl der vereinbarten Tarifstufen ist im Versicherungsschein an zusätzlichen Ziffern zu der Tarifbezeichnung CEZ zu erkennen.

Beispiel: CEZ/3 = 3 Stufen

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZK für die Versicherung der Kosten von Zahnersatz für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2008 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlass der Wartezeit

Die besondere Wartezeit kann erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebisszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfällt für die zu versichernde Person bei nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfällen.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungen

Erstattet werden unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt

a) 100 % der im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen), wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile enthält.

b) 75 % der Kosten für Zahnersatz und orale Implantate gemäß Nr. 2 nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält; mindestens werden die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung gemäß a) erster Halbsatz erstattungsfähig wären.

Bei oralen Implantaten werden die Kosten für maximal 4 Implantate je Kiefer erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Stütz zähne, Wie-

derherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses bestätigt sein muss.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, den zahnprothetischen Befund, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

Hinweis:

Wir empfehlen Ihnen, uns einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material und Laborleistungen enthält, einzureichen; wir teilen Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SGIK für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2008 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das erste Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

4. Erlass der Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen bei nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfällen und für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B IV.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Kosten ambulanter Heilbehandlungen werden nach Abzug der Leistung der GKV mit 100 % erstattet. Wenn nachweislich keine Leistung der GKV erfolgt, beträgt die tarifliche Leistung 70 % der erstattungsfähigen Kosten.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

Leistungen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 20 Sitzungen pro Kalenderjahr erbracht. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach Maßgabe der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zum Höchst-satz der GOÄ erstattet.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden.

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.

Kosten für Entbindungen und Fehlgeburten einschließlich Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger sind erstattungsfähig.

2. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente. Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer u.ä.

3. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseure).

4. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

5. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

1. Zahnbehandlung

- a) Die erstattungsfähigen Kosten für Zahnbehandlung werden nach Abzug der Leistung der GKV mit 100 % erstattet. Wenn nachweislich keine Leistung der GKV erfolgt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

b) Erläuterungen

Kosten für Zahnbehandlungen sind die Gebühren für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.

2. Zahnersatz

a) Erfolgt für Zahnersatz gemäß Nr. 2 b) eine Leistung auf Basis eines Festzuschusses durch die GKV, werden die erstattungsfähigen Kosten mit folgenden Prozentsätzen erstattet:

- 80 %, wenn die Leistung auf Basis eines Festzuschusses von 65 % erfolgt ist;
- 75 %, wenn die Leistung auf Basis eines Festzuschusses von 60 % erfolgt ist;
- 70 %, wenn die Leistung auf Basis eines Festzuschusses von 50 % erfolgt ist;

die tarifliche Leistung wird um den Festzuschuss gekürzt.

Erfolgt für Zahnersatz gemäß Nr. 2 b) nachweislich keine Leistung der GKV, werden die erstattungsfähigen Kosten mit 50 % erstattet.

Bei oralen Implantaten werden die erstattungsfähigen Kosten für maximal 6 Implantate je Kiefer mit den zuvor genannten Erstattungsprozentsätzen bis zu 500,- Euro je implantierten Zahn erstattet.

b) Erläuterungen

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), Brücken, Kronen, Inlays und Stiftzähne, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, implantologische Leistungen, augmentative Behandlungen bei mangelnder Knochensubstanz, Implantatkörper, künstliches oder natürliches Knochenmaterial, implantatgetragenen Zahnersatz, Material- und Laborkosten sowie mit oralen Implantaten in Zusammenhang stehende Vor- und Nachbehandlungen.

3. Kieferorthopädie/Gebissfunktionsprüfung

a) Die erstattungsfähigen Kosten für Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung werden mit 80 % erstattet. Die tarifliche Leistung wird um die Leistung der GKV gekürzt. Erfolgt keine Leistung der GKV, sind die Kosten für Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung nicht erstattungsfähig.

b) Erläuterungen

Kosten für Kieferorthopädie sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für Gebissfunktionsprüfung sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.

III. Kosten stationärer Heilbehandlung

Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Erfolgt nachweislich keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Der Versicherer verzichtet auf eine vorherige Leistungszusage gemäß § 4 Abs. 5 MB/KK 2008.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 2008 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

IV. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

- a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung, und zwar für
 - ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
 - Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer u.ä.;
 - schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
 - vollstationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und ist dann noch eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransports übernommen.

Anstelle des Kostenersatzes kann ein Krankenhaustagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt;

- die Unterkunft einer nahe stehenden Person im selben Krankenzimmer bei mitversicherten Kindern bis zu 8 Jahren. Sofern der behandelnde Arzt die Unterkunft der nahe stehenden Person für medizinisch notwendig erachtet, übernimmt der Versicherer auch die Kosten der Unterkunft dieser Person bei Kindern bis zu 12 Jahren;
- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person nach Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungskosten

Überführungskosten sind entweder die Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung nach Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherte Person.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden, Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass der Versicherungsschutz vor Antritt der Reise durch besondere Vereinbarung ausgedehnt wird.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – unbeschadet des § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2008 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit.

Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen; ansonsten werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2008 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG genannten Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 2008).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsernissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im

Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;

- für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
- für Hilfsmittel, (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.) mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- für Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

5. Als Inland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

6. Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 5 MB/KK 2008 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbelege nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muss; erfolgte nachweislich keine Leistung der GKV, müssen die Rechnungen in Urschrift vorgelegt werden. Die

Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherungsnehmer muss

- bei zahnärztlichen Leistungen den Nachweis über die von der GKV erbrachte Leistung in prozentualer Höhe auf Basis des Festzuschusses führen;
- bei stationärer Heilbehandlung den Nachweis über die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses führen.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Ein Leistungsvermerk der GKV ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

5. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2008

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt;
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Tarifierpassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

Anhang zu den Tarifen CE, CEB-PLUS, CEK-PLUS, CEZ, CEZK und SGIK

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung

§ 28 Absatz 4 Satz 1

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer.

§ 31 Absatz 3 Satz 1

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

§ 32 Absatz 2 Satz 1

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten.

§ 33 Absatz 2 Satz 5

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

§ 39 Absatz 2

Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

§ 39 Absatz 4

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zuzahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 40 Absatz 5

Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 40 Absatz 6

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 41 Absatz 3

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 55 Absatz 1

Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

§ 60 Absatz 2

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

§ 61

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzugs Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren

Anhang zu den Tarifen mit ambulantem Versicherungsschutz

Über die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebüH) enthaltenen Verrichtungen hinaus sind folgende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden analog der jeweils aufgeführten Gebührenziffer des GebüH tarifgemäß erstattungsfähig:

<u>Untersuchungs- oder Behandlungsmethode</u>	<u>Erstattung analog Gebührenziffer</u>
Akupressur	21.1
Akupunkturmassage	20.2
Augendiagnostik	14.1
Bach-Blüten-Therapie	19.5
Bioresonanztherapie	16.3
Blutsedimentationstest	12.14
Clusterdiagnostik	12.14
Colon-Hydro-Therapie	36.3
CO ₂ -Quellgastherapie	25.9
Dermapunkturmassage	20.4 bzw. 20.5
Eigenblutbehandlung nach Garthe/mit UVB	25.10
Elektrohauttest	16.4
Elektromagnetischer Bluttest	13.1
Elektroneuraldiagnostik und -therapie nach Croon (ENTH)	16.1
Farblichttherapie/Farbpunktur	39.2
Fußreflexzonen-therapie	20.6
Gegensensibilisierung nach Theurer	25.1 + 26.1
Haarmineralanalyse	12.14
Harnschau, traditionell	12.2
HLB-Bradford-Bluttest	13.1
Kaelin-Test	12.15
Kinesiologie	21.1
Laser-Akupunktur	21.1
Laser-Therapie (Soft-Laser und Mid-Power-Laser)	39.9
Matrixregenerationstherapie	16.1
Mikromagnetfeldtherapie	16.3
Mikroökologische Therapie	2
Mora-Therapie	16.3
Neobioelektrische Therapie (NBT)	16.3
Ohrkerzenbehandlung	30.1
Regulationstherapie	16.3
Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie	25.11
Sauerstoffzelt	23.1
Signaltherapien	39.10
Spenglersan-Test	13.1
Stoffwechselregulation mit STT	16.1
Terminalpunktdiagnostik	15.1
Thermoregulationsdiagnostik	16.1
Vega-Test	16.1

Desweiteren sind auch für nachstehende Verfahren, die eine Analogbewertung nach dem GebüH nicht zulassen, Leistungen vorgesehen:

Die Kosten für Ayurveda, Organotherapie und Orthomolekulare Therapie, einschließlich Diagnostik, Arzneimittel und Physiotherapie sind tarifgemäß bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr für alle drei Verfahren zusammen erstattungsfähig. Die Jahreshöchstleistung errechnet sich aus dem versicherten Prozentsatz.

Das Leistungsverzeichnis wird neuen Erkenntnissen angepasst.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs Z1 für die Versicherung der Kosten von Zahnersatz von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2008 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind und Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

4. Erlass der Wartezeit

Die besondere Wartezeit kann erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebisszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

5. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der GKV endet. Das Versicherungsverhältnis kann unter den in § 3 Abs. 5 MB/KK 2008 vorgesehenen Vergünstigungen und Voraussetzungen als Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen fortgesetzt werden, wobei für schwebende Versicherungsfälle die Leistungen höchstens im gleichen Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes erbracht werden.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungen

Erstattet werden die Kosten für die durchgeführte medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung) gemäß Nr. 2 im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) mit 35 %.

2. Erläuterungen

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen, prothetische, implantologische und bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten.

Die Kosten für implantologische Leistungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsmaßnahmen nicht zur Verfügung stehen und dies vor Behandlungsbeginn durch ein zahnärztliches Attest nachgewiesen wird.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muss. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Hat die GKV nachweislich keine Leistung erbracht, müssen die Rechnungen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte spezifiziert sein, den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Tarifanpassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

Hinweis:

Bei Zahnersatz empfehlen wir Ihnen, uns einen Kostenvorschlag Ihres Zahnarztes, der spezifiziert Kosten für Material- und Laborkosten enthält, einzureichen; wir können Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mitteilen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SGII für die Versicherung der Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsumfang

Versichert sind die entstandenen Kosten für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nach den Tarifen SGII1 im Ein-Bett-Zimmer und SGII2 im Zwei-Bett-Zimmer.

Die Versicherung ist nach folgenden Tarifstufen – für Beihilfeberechtigten, die einen prozentualen Versicherungsschutz benötigen, je nach Beihilfeanspruch – abzuschließen (Zahl hinter dem Schrägstrich = versicherter Prozentsatz):

SGII1/100	SGII2/70	SGII2/40
SGII2/100	SGII2/65	SGII2/35
SGII2/90	SGII2/60	SGII2/30
SGII2/85	SGII2/55	SGII2/25
SGII2/80	SGII2/50	SGII2/20
SGII2/75	SGII2/45	SGII2/15

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

5. Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2008) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2008 gilt entsprechend.

6. Umstufungen

a) Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versiche-

rungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum 1. des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

b) Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, hat der Versicherungsnehmer dies innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen. Der Versicherer ändert daraufhin – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß der dann erforderlichen Tarifstufe zum 1. des Monats, der auf die Anzeige folgt. Dies gilt auch, wenn der Versicherer innerhalb der gleichen Frist auf sonstige Weise Kenntnis von der Änderung erlangt. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer auch sonst keine Kenntnis, wird die Änderung der Tarifstufe zum 1. des Monats durchgeführt, der auf die verspätete Anzeige oder sonstige Kenntniserlangung durch den Versicherer folgt.

7. Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

8. Kündigung durch den Versicherer

Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsumfang

Erstattet werden mit dem aus der versicherten Tarifstufe ersichtlichen Prozentsatz (Erläuterungen zu den einzelnen Leistungen s. Nr. 2):

a) nach Tarif

SGII1 die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer privatärztliche Behandlung ambulante Operationen im Krankenhaus Krankentransporte

SGII2 die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer privatärztliche Behandlung ambulante Operationen im Krankenhaus Krankentransporte

- b) bei Inanspruchnahme niedrigerer als der versicherten Leistungen die tatsächlich entstandenen Kosten; außerdem werden je Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes mit dem versicherten Prozentsatz folgende Krankenhaustagegelder gezahlt:

in Anspruch genommene Leistungen	versichert nach	
	Tarif	
	SGII1	SGII2
Zwei- und Mehr-Bett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung oder Zwei-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	21,- Euro	-
Mehr-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	57,- Euro	36,- Euro

- c) bei berechneter Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer nach Tarif SGII2 die Kosten gesondert berechenbarer Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer zuzüglich der Kosten privatärztlicher Behandlung.

2. Erläuterungen

a) Gesondert berechnete Unterkunft

Die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei- bzw. Mehr-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.

Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten. Jede Unterkunft in einem Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer ohne Mehrkosten gilt als Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer.

b) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig.

c) Ambulante Operationen

Die Kosten für ambulante Operationen im Krankenhaus und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus werden erstattet, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen.

Erstattungsfähig sind nur ambulante Operationen von Ärzten, die am Krankenhaus angestellt sind, und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Sozialgesetzbuch V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig.

d) Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten die Hin- und Rücktransporte zum nächstgelegenen Krankenhaus.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte spezifiziert sein, den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

Der Versicherer kann einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes verlangen.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierpassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine

Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SGR1 für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 35. Lebensjahr noch nicht überschritten haben und in der GKV versicherungspflichtig sind oder Anspruch auf Familienversicherung haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008). Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers.

4. Versicherungsdauer

Der Versicherungsschutz nach dem Tarif besteht für längstens 10 Versicherungsjahre, er endet jedoch spätestens mit Ende der Versicherungspflicht oder mit Vollendung des 40. Lebensjahres. Endet der Anspruch auf Familienversicherung, so endet auch der Versicherungsschutz nach diesem Tarif, sofern nicht Versicherungspflicht eintritt.

Innerhalb dieses Zeitraums hat jede nach diesem Tarif versicherte Person das Recht, ohne erneute Risikoprüfung in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die Umstufung auf andere Krankheitskostentarife mit Alterungsrückstellung und gleichartigen Leistungen, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen.

Endet die Versicherungspflicht in der GKV bzw. der Anspruch auf Familienversicherung, kann jede nach diesem Tarif versicherte Person ohne erneute Risikoprüfung in eine Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen und in die private Pflegepflichtversicherung wechseln.

Will der Versicherungsnehmer von diesem Optionsrecht Gebrauch machen, so muss die Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach Fortfall der Versicherungspflicht in der GKV bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an den Fortfall der Versicherungspflicht in der GKV bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam. Die Umstellungsfrist verlängert sich auf sechs Monate, wenn die Umstellung nicht rückwirkend wirksam werden soll.

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

5. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit gemäß § 3 Abs. 2 MB/KK 2008 entfällt. Die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Abs. 3 MB/KK 2008 können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sämtliche Wartezeiten entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B II.

B) Leistungen des Versicherers

Erfolgt für Krankenhausaufenthalte gemäß I 1 b keine Leistung durch die GKV, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

I. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die

- a) Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer, privatärztliche Behandlung, ambulante Operationen und Krankentransporte,
- b) Mehrkosten für Krankenhausleistungen, die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen.

Verzichtet eine versicherte Person auf die Wahlleistung Zwei-Bett-Zimmer und privatärztliche Behandlung, so erhält sie je Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 36,- Euro ausgezahlt.

Bei berechneter Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer werden die Kosten gesondert berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer zuzüglich der Kosten privatärztlicher Behandlung erstattet.

2. Erläuterungen

a) Krankenhausleistungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes sowie gesondert berechenbare Leistungen der Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger im Mehr-Bett-Zimmer.

b) Gesondert berechnete Unterkunft

Die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzellen, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese ebenfalls erstattet.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei- bzw. Mehr-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Ein- bzw. Zwei-Bett-Zimmer.

Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten. Jede Unterkunft in einem Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer ohne Mehrkosten gilt als Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer.

c) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

d) Ambulante Operationen

Die Kosten für ambulante Operationen im Krankenhaus und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus werden erstattet, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen.

Erstattungsfähig sind nur ambulante Operationen von Ärzten, die am Krankenhaus angestellt sind, und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß §115 b Sozialgesetzbuch V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig.

e) Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

II. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung, und zwar für:

- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker);
- Arznei, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: kosmetische Mittel sowie Nähr- und Stärkungsmittel;

- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen sowie Kieferorthopädie;
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten;
- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Kraftfahrzeug in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in das Inland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern die Begleitung medizinisch notwendig war oder von der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungskosten

Überführungskosten sind entweder die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch die Überführung in das Inland entstehen, oder die Kosten, die durch die Bestattung am Sterbeort entstehen. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu 10.226,- Euro.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass der Versicherungsschutz vor Antritt der Reise durch besondere Vereinbarung ausgedehnt wird.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – unbeschadet des § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2008 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassenen Rücktransportes übernommen; ansonsten werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2008 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG genannten Einschränkungen ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 2008).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
- für Entbindung (ausgenommen Frühgeburt) und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen;
- für Hilfsmittel, z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw. mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind.

4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

5. Als Inland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

6. Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 4 MB/KK 2008 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deut-

schen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbelege nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Von dem auf die Vollendung des 15., 20., 25., 30. und 35. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben davon unberührt.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Behandlungstage enthalten. Soweit Duplikatrechnungen vorgelegt werden, muss die Vorleistung eines anderen Kostenträgers betragsmäßig bestätigt sein.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

5. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2008

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt;
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung privatärztlicher Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nach dem Tarif SV

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 1 und 2 MB/KK 2008 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

4. Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person auf einem Vordruck des Versicherers vorgelegt wird.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden bei Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen unabhängig von der gewählten Unterkunft die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Voll-

endung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte spezifiziert sein, den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Option nach dem Tarif AV-P

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a. G. bestehen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung (MB/KK 2008 und Tarifbedingungen), zu der dieser Tarif besteht, finden Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen bis zu einem Eintrittsalter von 43 Jahren.

3. Optionsrecht

Für die versicherte Person besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in eine Krankheitskostenversicherung mit höheren Leistungen, in die private Pflegepflicht- und in die Pflegezusatzversicherung zu wechseln. Der Wechsel ist vor dem jeweiligen Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, beim Versicherer zu beantragen.

- a) Das Recht kann wahrgenommen werden, wenn
- die Versicherung nach diesem Tarif ununterbrochen vier oder zwölf volle Kalenderjahre bestanden hat. Der Wechsel wird zum 1.1. des Kalenderjahres wirksam, das auf das vierte oder zwölfte volle Kalenderjahr folgt.
 - die versicherte Person 45 Jahre alt wird und die Versicherung nach diesem Tarif noch nicht zwölf volle Kalenderjahre bestanden hat. Der Wechsel wird zum 1.1. des Kalenderjahres wirksam, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 45 Jahre alt wird.
- b) Der Versicherungsnehmer kann bei Antragstellung mit dem Versicherer einen weiteren Zeitpunkt vereinbaren, zu dem das Recht wahrgenommen

werden kann. Zu diesem weiteren Zeitpunkt darf die versicherte Person nicht älter als 45 Jahre sein und die Versicherung nach diesem Tarif noch nicht zwölf volle Kalenderjahre bestanden haben. Der Wechsel wird zu dem mit dem Versicherer vereinbarten Zeitpunkt wirksam.

Der Beitrag errechnet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tarifierhöhung oder Tarifwechsel) finden Anwendung. Während der Optionszeit entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

4. Ende der Versicherung

- a) Wird das Optionsrecht wahrgenommen, endet die Versicherung nach diesem Tarif zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird.
- b) Wird das Optionsrecht nicht wahrgenommen, besteht die Versicherung nach diesem Tarif längstens bis zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem sie zwölf volle Kalenderjahre bestanden hat; sie endet jedoch spätestens zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person 45 Jahre alt wird.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet, wenn keine Krankheitskostenversicherung mehr besteht.

5. Beitrag

Der Beitrag für die Versicherung nach diesem Tarif wird bei Versicherungsbeginn für die gesamte Vertragslaufzeit nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

6. Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung bzw. Leistungsfreiheitsrabatt

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung bzw. Leistungsfreiheitsrabatt besteht für diesen Tarif nicht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif SII

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen (Auszug aus SI, SII, SIII)

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Höherstufungen und Vertragserweiterungen.

4. Höherstufungen und Vertragserweiterungen

Bei Höherstufungen und Vertragserweiterungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2008) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2008 gilt entsprechend.

5. Wartezeiterlass aufgrund eines Attestes

Sofern der Versicherungsnehmer auf eigene Kosten innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Atteste auf vorgeschriebenem Formular vorlegt, können die Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2008 erlassen werden.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungshöhe

Die Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

Die Mindestversicherungssumme für das Krankenhaustagegeld beträgt 3,- Euro. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich.

2. Leistungsdauer

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden medizinisch notwendigen vollstationären Aufenthaltstag im Krankenhaus bei Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten als vollstationär.

Bei stationären Kuren wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld für höchstens 28 Tage innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren zu 25% gezahlt. Die Notwendigkeit der stationären Kur muss vor Behandlungsbeginn durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden und die Behandlung in einer ärztlich geleiteten Anstalt mit ausreichenden Einrichtungen für die Durchführung von Kuren erfolgen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Höherstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Höherstufung. Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahngebühr

Je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Zum Nachweis des notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und

4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. (nicht abgedruckt)

2. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung SII bezeichnen die Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes.

Beispiel:

SII/20 = Krankenhaustagegeld von 20,- Euro täglich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Kurkosten nach dem Tarif KS

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a. G. abgeschlossen werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung, zu der dieser Tarif abgeschlossen wird, finden entsprechende Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Versicherungsjahr des Krankheitskostentarifs, zu dem dieser Tarif abgeschlossen wurde. Der Versicherungsschutz erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

4. Wartezeit

Die Wartezeit beträgt 6 Monate.

5. Versicherungsumfang/Höherstufungen

Der Mindesttagessatz beträgt 3,- Euro. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich. Bei Höherstufungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, MB/KK 2008) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 der MB/KK 2008 gilt entsprechend.

B) Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind die

Behandlungskosten

– Kosten für ärztliche Behandlung, Heilmittel, Arznei- und Verbandmittel –

Aufenthaltskosten

– Unterkunfts-, Verpflegungskosten sowie Kurtaxe –

soweit die Erstattung vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird.

2. Besondere Leistungsvoraussetzungen

- Kuraufenthalt und -durchführung müssen in einem ärztlich geleiteten und mit ausreichenden Einrichtungen für Kurdurchführungen versehenen Sanatorium oder einem diesem vergleichbaren Haus, das nach § 30 der Gewerbeordnung konzessioniert ist, stattfinden.
- Die Kur muss innerhalb von 2 Monaten nach einer mindestens 10-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten werden.

3. Leistungsumfang

Die Versicherungsleistung beträgt bei Nachweis der erstattungsfähigen Kosten

- bis zu 100 % des versicherten Tagessatzes, wenn **beide** besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind,
- bis zu 50 % des versicherten Tagessatzes, wenn **eine** der besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt ist,
- bis zu 25 % des versicherten Tagessatzes, wenn **keine** der besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt ist.

Zu a): Leistungsdauer je Versicherungsfall bis zu 28 Tagen,
Zu b) und c): Leistungsdauer je Leistungsperiode bis zu 28 Tagen; eine etwa in Anspruch genommene Leistungsdauer gemäß a) wird angerechnet.

4. Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Kurbehandlung; er beginnt mit ihrer ärztlich festgestellten Notwendigkeit und gilt mit ihrer Beendigung als abgeschlossen.

5. Leistungsperiode

Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Die erste Leistungsperiode endet mit dem Schluss des Kalenderjahres, das auf den Versicherungsbeginn folgt.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Höherstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Höherstufung. Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahngebühr

Sie beträgt je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro

4. Rechnungsbelege

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Originalrechnungen nachzuweisen. Die Rechnungen müssen spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungsdauer, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Die Rechnungen der Behandler sind mit den angefallenen Arznei- und Heilmittelrechnungen zusammen vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

- die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
- deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
- deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens 1 Jahr bestanden hat und
- deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe der versicherten Leistung wird im Versicherungsschein durch zusätzlichen Ziffern zu der Tarifbezeichnung KS erkennbar.

Beispiel:

KS/10 = Leistung bis zu 10,- Euro täglich.

KS/30 = Leistung bis zu 30,- Euro täglich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kurtagegeldversicherung bei stationären Kuren nach dem Tarif KS1

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 besteht Versicherungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin und nach Zusage des Versicherers auch im europäischen Ausland (Abschnitt B 1 a).

Ein ordentliches Kündigungsrecht durch den Versicherer besteht nicht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsumfang

Das Mindestkurtagegeld beträgt 3,- Euro. Erhöhungen um je 1,- Euro sind möglich. Die Höhe des versicherten Kurtagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

5. Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen ist für Mehrleistungen die Wartezeit (§ 3 Abs. 2 MB/KK 2008) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2008 gilt entsprechend.

6. Erlass der Wartezeit bei ärztlicher Untersuchung

Die Wartezeit gemäß § 3 Abs. 2 MB/KK 2008 kann erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsvoraussetzung

- a) Das versicherte Kurtagegeld wird gezahlt, wenn
- eine medizinisch notwendige stationäre Kurbehandlung in einer Kurkrankenanstalt (Sanatorium, Kurklinik oder Heilstätte) stattfindet, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, und

- die Zahlung nach Möglichkeit vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird. Sofern ein Träger der Sozialversicherung oder die Festsetzungsstelle eines Beihilfegebers eine stationäre Kurbehandlung genehmigt hat und sich an den Kosten beteiligt, kann statt des ärztlichen Attestes der Nachweis über diese Bewilligung vorgelegt werden.

Die Zusage wird auch für stationäre Kurbehandlungen in europäischen Ländern erteilt, wenn Kurkrankenanstalten aufgesucht werden, die mit inländischen Häusern vergleichbar sind.

- b) Das versicherte Kurtagegeld wird in doppelter Höhe gezahlt, wenn die Kur unter den Voraussetzungen von Buchstabe a innerhalb von 2 Monaten nach einer mindestens 14-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten wird.

2. Leistungsdauer

Das versicherte Kurtagegeld wird je Leistungsperiode für höchstens 30 Tage gezahlt. Jede Leistungsperiode umfasst 3 aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008).

Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Kurbehandlung muss nach ihrem Abschluss durch eine Bescheinigung der Kurkrankenanstalt über die Dauer und des behandelnden Arztes über die Diagnose und die Art der Behandlung nachgewiesen werden.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und

3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dement-

sprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2008 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.

Besondere Bedingungen für Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden oder eine mit dieser vergleichbare Tätigkeit ausüben (AZ)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Änderungen:

1. Versicherungsfähig sind – soweit sie das 21. Lebensjahr vollendet und solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht überschritten haben –
 - a) Personen, die in der Ausbildung zu einem anerkannten Beruf stehen und keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen bzw. Anwärterbezügen – haben;
 - b) Schüler im zweiten Bildungsweg, die keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit haben;
 - c) Studenten, die keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit haben; abweichend von Satz 1, erster Halbsatz, sind Studenten – soweit sie das 18. Lebensjahr vollendet haben – versicherungsfähig;
 - d) nicht berufstätige Ehegatten der unter a – c genannten Personen.
 - e) Abweichend von Satz 1, erster Halbsatz, sind Beamte auf Widerruf auch zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr versicherungsfähig, wenn die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen zu den Tarifen GSB1 oder GSB2 abgeschlossen wird. Die weiteren Bestimmungen des Satzes 1 gelten unverändert.
2. Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Besonderen Bedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter und ergeben sich aus der geschäftsplanmäßigen Beitragsübersicht. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. und 30. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben davon unberührt.
3. Die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer in Nr. 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Hinsichtlich der Studenten (Nr. 1c) endet sie spätestens zum Ende des Monats, in dem das 12. Fachsemester abgeschlossen wird; in

begründeten Ausnahmefällen (z. B. Abschluss einer bereits begonnenen Prüfung, Prüfungswiederholung) kann eine einmalige Verlängerung um bis zu drei Semester vereinbart werden.

4. Bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach diesen Besonderen Bedingungen wird die Versicherung ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im bisherigen Umfang nach den vereinbarten Tarifen weitergeführt. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 MB/KK 2008. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung innerhalb von zwei Monaten vom Zeitpunkt der Weiterführung an mit sofortiger Wirkung zu kündigen.
5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß Nr. 1 dieser Besonderen Bedingungen innerhalb einer Frist von einem Monat schriftlich mitzuteilen. Auf Verlangen hat der Versicherungsnehmer außerdem Auskunft über die Versicherungsfähigkeit zu erteilen und ggf. entsprechende Nachweise zu erbringen.
6. Besteht im Anschluss an die Ausbildung gemäß Nr. 1 Arbeitslosigkeit, so ist für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für 18 Monate und längstens bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, die Fortführung der Besonderen Bedingungen möglich. Insoweit kann der Versicherungsschutz ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen der bestehenden Tarife in Höhe der bisher durch andere Kostenträger gedeckten Krankheitskosten erweitert werden, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Ausbildung beantragt wird. Bereits bestehende besondere Vereinbarungen gelten entsprechend auch für den erweiterten Versicherungsschutz. Die Umstellung des Versicherungsschutzes erfolgt zum 1. des Monats, der auf die Beendigung der Ausbildung folgt. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist unverzüglich anzuzeigen.
7. In Tarifen, die für Jugendliche eine niedrigere Selbstbeteiligung als für Erwachsene vorsehen, gilt für Studenten – soweit sie das 18. Lebensjahr vollendet haben – abweichend von den Tarifbedingungen die höhere Selbstbeteiligung für Erwachsene.
8. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AZ ergänzt.

Erläuterung der Tarifbezeichnung:

AZ SII/20 = Besondere Bedingungen zum Krankenhaustagegeldtarif SII mit einem Krankenhaustagegeld von 20,- Euro täglich.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Besonderheiten:

1. Für Tarife, die geschäftsplanmäßig eine Anwartschaftsversicherung vorsehen, kann diese bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienversicherung, längerem Auslandsaufenthalt oder vergleichbaren Gründen abgeschlossen werden, um für die versicherte Person erworbene Rechte zu erhalten oder neue Rechte zu begründen.
2. Die Anwartschaftsversicherung wird für einen begrenzten Zeitraum abgeschlossen. Sie endet mit Aufleben des Tarifs. Eine vorzeitige Übernahme in den vereinbarten Tarif oder eine Verlängerung kann nur mit Zustimmung des Versicherers erfolgen.
3. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – aus dem vereinbarten Tarif leistungsfrei.
4. Hat vor Beginn der Anwartschaftsversicherung bereits eine Versicherung nach dem vereinbarten Tarif bestanden, so bleiben die während der vollen Beitragszahlung erworbenen Rechte erhalten.
5. Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind mit Ausnahme von anerkannten Dienstbeschädigungen ohne besonderen Zuschlag mitversichert.
6. Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

7. Der Anwartschaftsbeitrag beträgt
 - für Kinder und Jugendliche (0–20 Jahre) 5 %
 - für Männer (21–65 Jahre) 30 %
 - für Männer (ab 66 Jahre) 5 %
 - für Frauen (21–65 Jahre) 20 %
 - für Frauen (ab 66 Jahre) 5 %

vom Beitrag des vereinbarten Tarifs.

Von dem auf die Vollendung des 20. und 65. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an gilt der Prozentsatz der nächsthöheren Altersgruppe.

Die genannten Prozentsätze können sich bei Beitragsveränderungen, insbesondere Beitragsanpassungen, mit Zustimmung des Treuhänders ändern.

8. Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt oder nicht in den vereinbarten Tarif umgewandelt, so erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.
9. Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung sind die vollen tariflichen Beiträge, die sich unter Berücksichtigung sowohl des Alters bei Beginn der Anwartschaftsversicherung nach diesen Besonderen Bedingungen als auch zwischenzeitlicher Leistungs- und Beitragsanpassungen ergeben, einschließlich etwaiger Beitragszuschläge zu entrichten.
10. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für die Zeit der Anwartschaftsversicherung nicht.
11. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AG ergänzt.

Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Besonderheiten:

1. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter können zu allen für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Krankheitskostenversicherung vereinbart werden, für die eine Alterungsrückstellung gemäß § 8 a Abs. 2 MB/KK 2008 zu bilden ist.
2. Versicherungsfähig sind alle Personen ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Die Besonderen Bedingungen können bis zum Alter von 64 Jahren vereinbart werden.
3. Als monatliche Beitragsermäßigung kann ein Betrag von mindestens 5,- Euro und höchstens 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags für den Tarif, in dem diese Besonderen Bedingungen gelten, vereinbart werden.
4. Die monatlichen Beitragsraten für die Besonderen Bedingungen richten sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter und ergeben sich aus der Beitragsübersicht in der jeweils geltenden technischen Berechnungsgrundlage.
5. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, verringern sich die monatlichen Beitragsraten der Krankheitskostenversicherung um die vereinbarte Beitragsermäßigung, maximal um 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags.
6. Bei erstmaligem Bezug von Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente bzw. Erhalt von Pensionsbezügen kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn dieses Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen

wird die Höhe der monatlichen Beitragsermäßigung entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung der vorhandenen Alterungsrückstellung nach den anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

7. Zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn eines in diesem Zeitraum liegenden Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen wird die Höhe der monatlichen Beitragsermäßigung entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung der vorhandenen Alterungsrückstellung nach den anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.
8. Das Wirksamwerden der Beitragsermäßigung vermindert nicht den eventuellen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder einen Leistungsfreiheitsrabatt; demzufolge wird für die Ermittlung der Höhe der Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder des Leistungsfreiheitsrabattes der Beitragsanteil der Besonderen Bedingungen nicht mitgerechnet.
9. Bei Änderungen der technischen Berechnungsgrundlagen kann sich die Höhe der vereinbarten Beitragsermäßigung mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ändern.
10. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter enden mit der Beendigung des Tarifs der Krankheitskostenversicherung, in dem sie vereinbart sind, falls kein anderer Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgeführt wird. Gegenseitige Rechte und Pflichten bestehen dann aus den Besonderen Bedingungen nicht mehr.
11. Sind die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter vereinbart, wird die Tarifbezeichnung der betroffenen Tarife durch BE ergänzt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PTE

Teil II: Tarife mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung der Continentale Krankenversicherung a. G. (RB/PT) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Satz 1 RB/PT). Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung, bei der Mitversicherung weiterer Personen oder bei Erhöhung des Pflegetagegeldes wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Geltungsbereich

Für jeden Tag, für den die PPV oder die SPV eine Leistung erbringt, erstreckt sich in Erweiterung von § 1 Absatz 11 und § 5 b RB/PT der Versicherungsschutz auch auf Pflege außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

5. Ende des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis endet für die nach diesem Tarif versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 wegfällt.

B) Leistungen des Versicherers

Das Pflegetagegeld wird für ambulante oder stationäre Pflege gezahlt, wenn für die pflegebedürftige versicherte Person die Pflegestufe III nach § 1 Abs. 6 RB/PT festgestellt wurde. Das Pflegetagegeld wird mit einem Betrag für ambulante Pflege und einem Betrag für stationäre Pflege vereinbart.

Der Betrag für **ambulante Pflege** wird für

- häusliche Pflege,
- teilstationäre Pflege und
- Kurzzeitpflege

im Sinne der PPV bzw. SPV gezahlt.

Der Betrag für **stationäre Pflege** wird für vollstationäre Pflege im Sinne der PPV bzw. SPV gezahlt. Befindet sich die versicherte Person in einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wird das für stationäre Pflege vereinbarte Pflegetagegeld ab dem Aufnahmetag bis zum Entlassungstag in Höhe von 75 % gezahlt, wenn nachgewiesen wird, dass durch die Bereithaltung eines vollstationären Pflegeplatzes weiterhin Kosten entstehen.

Die Höhe der vereinbarten Beträge für das Pflegetagegeld ergibt sich aus der Tarifbezeichnung. Die Zahl hinter dem ersten Schrägstrich bezeichnet den vereinbarten Betrag für ambulante Pflege in Euro; die Zahl hinter dem zweiten Schrägstrich den Betrag für stationäre Pflege in Euro. Die Mindestversicherungssumme beträgt jeweils 10,- Euro für ambulante oder stationäre Pflege. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a RB/PT). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Nachweis der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ist anhand der Einstufung der PPV oder SPV in die Pflegestufe III unverzüglich nachzuweisen. Wird durch die PPV oder SPV mitgeteilt, dass keine Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe III vorliegt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer davon unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Tag, an dem die PPV oder SPV mitteilt, dass keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt erbrachte Leistungen sind zurückzuzahlen.

4. Leistungsunterlagen

Die Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III ist durch das Erstgutachten und die Folgegutachten der PPV oder SPV nachzuweisen. Das Ende der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Kosten für die Nachweise trägt der Versicherungsnehmer.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Dynamische Erhöhung

Die vereinbarten Beträge des Pflegetagegeldes erhöhen sich ohne erneute Gesundheitsprüfung - auch für laufende Versicherungsfälle - alle zwei Jahre zum 1. Juli um fünf Prozent, wenn

- die versicherte Person in dem Jahr der Erhöhung mindestens 21 Jahre alt ist,
- der Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt mindestens zwei Jahre bestanden hat und
- innerhalb von zwei Jahren vor dem Erhöhungszeitpunkt keine Veränderung der Beträge des Pflegetagegeldes vorgenommen wurde.

Die Beträge des Pflegetagegeldes werden kaufmännisch auf den nächsten vollen Euro-Betrag gerundet. Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem zum Erhöhungszeitpunkt erreichten Eintrittsalter. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes finden Anwendung. Der Versicherungsnehmer wird vor dem Erhöhungszeitpunkt schriftlich informiert. Die Erhöhung der Beträge des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer spätestens bis zum Ende des Kalendermonats, zu dem die Erhöhung wirksam würde, der Erhöhung eines Betrages des Pflegetagegeldes schriftlich widerspricht. Wird zwei dynamischen Erhöhungen, die unmittelbar hintereinander liegen, widersprochen, erlischt das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen des Pflegetagegeldes. Das Recht auf dynamische Erhöhungen des Pflegetagegeldes kann nach erneuter Gesundheitsprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

F) Optionsrecht

Für die versicherte Person besteht das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung in die Pfl egetagegeldversicherung nach dem Tarif PTK zu wechseln. Die versicherte Person kann mit Versicherungsbeginn zum 1.1. des Kalenderjahres wechseln, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 50 oder 55 oder 60 Jahre alt wird. Der Wechsel ist vor dem jeweiligen Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, beim Versicherer zu beantragen. Der hinzukommende Teil des Versicherungsschutzes gilt auch für laufende Versicherungsfälle. Nach dem Wechsel erlischt das Optionsrecht.

Die Höhe des ambulanten und stationären Pfl egetagegeldes nach dem Tarif PTK ist auf die Beträge begrenzt, die für ambulante und stationäre Pflege vor dem Wechsel nach dem Tarif PTE jeweils vereinbart sind. Wird das Recht wahrgenommen, endet die Versicherung nach dem Tarif PTE zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird. Die Versicherung nach diesem Tarif kann insoweit bestehen bleiben, als nach dem Wechsel das Pfl egetagegeld nach den Tarifen PTE und PTK zusammen für ambulante und stationäre Pflege jeweils nicht höher ist als vor dem Wechsel. Der Beitrag für das hinzukommende Pfl egetagegeld nach dem Tarif PTK richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes finden Anwendung.

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10% bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5% bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b RB/PT Anwendung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pfl egetagegeldversicherung nach dem Tarif PTK

Teil II: Tarife mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pfl egetagegeldversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pfl egetagegeldversicherung der Continentale Krankenversicherung a. G. (RB/PT) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns (§ 2 Satz 1 RB/PT). Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung, bei der Mitversicherung weiterer Personen oder bei Erhöhung des Pfl egetagegeldes wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Geltungsbereich

Für jeden Tag, für den die PPV oder die SPV eine Leistung erbringt, erstreckt sich in Erweiterung von § 1 Absatz 11 und § 5 b RB/PT der Versicherungsschutz auch auf Pflege außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

5. Ende des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis endet für die nach diesem Tarif versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 wegfällt.

B) Leistungen des Versicherers

Das Pfl egetagegeld wird für ambulante oder stationäre Pflege gezahlt, wenn für die pflegebedürftige versicherte Person eine Pflegestufe nach § 1 Abs. 6 RB/PT festgestellt wurde. Das Pfl egetagegeld wird mit einem Betrag für ambulante Pflege und einem Betrag für stationäre Pflege vereinbart.

Der Betrag für **ambulante Pflege** wird für

- häusliche Pflege,
- teilstationäre Pflege und
- Kurzzeitpflege

im Sinne der PPV bzw. SPV gezahlt.

Der Betrag für **stationäre Pflege** wird für vollstationäre Pflege im Sinne der PPV bzw. SPV gezahlt. Befindet sich die versicherte Person in einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wird das für stationäre Pflege vereinbarte Pfl egetagegeld ab dem Aufnahmetag bis zum Entlassungstag in Höhe von 75 % gezahlt, wenn nachgewiesen wird, dass durch die Bereithaltung eines vollstationären Pflegeplatzes weiterhin Kosten entstehen.

Die Höhe der vereinbarten Beträge für das Pfl egetagegeld ergibt sich aus der Tarifbezeichnung. Die Zahl hinter dem ersten Schrägstrich bezeichnet den vereinbarten Betrag für ambulante Pflege in Euro; die Zahl hinter dem zweiten Schrägstrich den Betrag für stationäre Pflege in Euro. Die Mindestversicherungssumme beträgt jeweils 10,- Euro für ambulante oder stationäre Pflege. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a RB/PT). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Nachweis der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ist anhand der Einstufung der PPV oder SPV in eine Pflegestufe unverzüglich nachzuweisen. Bis dieser Nachweis erbracht ist, kann die Pflegebedürftigkeit auch durch den behandelnden Arzt anhand eines vom Versicherer ausgehändigten Formulars festgestellt werden, sofern zeitgleich der Antrag auf Leistungen bei der PPV bzw. SPV gestellt wird. Spätestens sechs Monate nach dem Leistungsbeginn des Versicherers ist der Nachweis über die Einstufung der versicherten Person durch die PPV oder SPV in eine Pflegestufe zu erbringen. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, endet die

Leistungspflicht des Versicherers spätestens sechs Monate nach Leistungsbeginn des Versicherers. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt begründet während der Vertragslaufzeit für die versicherte Person höchstens einmal einen Leistungsanspruch. Wird durch die PPV oder SPV mitgeteilt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer davon unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Tag, an dem die PPV oder SPV mitteilt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt erbrachte Leistungen sind zurückzuzahlen.

4. Leistungsunterlagen

Die Pflegebedürftigkeit ist durch das Erstgutachten und die Folgegutachten der PPV oder SPV nachzuweisen. Das Ende der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Wird die Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt festgestellt, ist diese durch das vom Versicherer ausgehändigte und vom behandelnden Arzt auszufüllende Formular nachzuweisen. Die Kosten für die Nachweise trägt der Versicherungsnehmer.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Dynamische Erhöhung

Die vereinbarten Beträge des Pflagegeldes erhöhen sich ohne erneute Gesundheitsprüfung – auch für laufende Versicherungsfälle – alle zwei Jahre zum 1. Juli um fünf Prozent, wenn

- die versicherte Person in dem Jahr der Erhöhung mindestens 21 Jahre alt ist,
- der Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt mindestens zwei Jahre bestanden hat und
- innerhalb von zwei Jahren vor dem Erhöhungszeitpunkt keine Veränderung der Beträge des Pflagegeldes vorgenommen wurde.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung nach dem Tarif PZ

A) Allgemeine Bestimmungen

I. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherer gewährt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegegeld oder Ersatz von Aufwendungen für Pflege sowie sonstige Leistungen, die von der Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch XI erfasst werden, mit Ausnahme der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Zusätzlich sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen erstattungsfähig.
- b) Versicherungsfall ist die im Rahmen der Pflegepflichtversicherung festgestellte Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.
- c) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- d) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (A III 1). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Rechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Zuschlag (A II 2 c und d) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist.

Die Beträge des Pflagegeldes werden kaufmännisch auf den nächsten vollen Euro-Betrag gerundet. Der Beitrag für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem zum Erhöhungszeitpunkt erreichten Eintrittsalter. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes finden Anwendung. Der Versicherungsnehmer wird vor dem Erhöhungszeitpunkt schriftlich informiert. Die Erhöhung der Beträge des Pflagegeldes entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer spätestens bis zum Ende des Kalendermonats, zu dem die Erhöhung wirksam würde, der Erhöhung eines Betrages des Pflagegeldes schriftlich widerspricht. Wird zwei dynamischen Erhöhungen, die unmittelbar hintereinander liegen, widersprochen, erlischt das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen des Pflagegeldes. Das Recht auf dynamische Erhöhungen des Pflagegeldes kann nach erneuter Gesundheitsprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

F) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10% bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5% bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b RB/PT Anwendung.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- b) 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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- c) 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 Zuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- d) Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst. Entsprechendes gilt bei Vertragsänderungen.

3. Umfang des Versicherungsschutzes und der Leistungspflicht

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere denen der Pflegepflichtversicherung.

4. Einschränkung der Leistungspflicht

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.

5. Auszahlung der Versicherungsleistungen

- Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- 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 die Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Die Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6. Ende des Versicherungsschutzes

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

II. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Beitragszahlung

- Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an für Erwachsene zu entrichten.
- 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.
- Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbegins.
- Für Neugeborene, die gemäß Abschnitt I 2 b ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

- 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.
- Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i. V. m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.
- Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

2. Beitragsberechnung

- Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- 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.

3. Beitragsanpassung

- 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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versi-

*) vgl. Anhang zu den MB/KK 2008, MB/PPV 2008, RB/PT (VVG)

cherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

- b) Eine Erhöhung der Beiträge gemäß Abs. a ist mit Zustimmung des Treuhänders auch dann zulässig, wenn aufgrund von Leistungserweiterungen der sozialen Pflegeversicherung eine nachhaltige Verschlechterung des geschäftsplanmäßig zu beobachtenden Schadenverlaufs im Vergleich zu den bei der Kalkulation eingerechneten Schäden bevorsteht.
- c) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen (weniger als 10.000 nach diesem Tarif versicherte natürliche Personen), wird dem Vergleich gemäß Abs. a die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. der Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.
- d) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- e) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

4. Obliegenheiten

- a) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. Abschnitt I 5c) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- b) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- c) 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.

5. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- a) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang^{*)}) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in den Abs. 4 a bis c genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- b) Wird die in Abs. 4 c genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang^{*)}) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.
- c) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

6. Ansprüche gegen Dritte

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

sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

- b) 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.
- c) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen a und b 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.
- d) 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 a bis c entsprechend anzuwenden.

7. Aufrechnung

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

III. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- a) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- b) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarifstufen beschränkt werden.
- c) 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.
- d) Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistungen gemäß Abschnitt IV 3, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- e) 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.
- f) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzu-

setzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

2. Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Kündigt der Versicherer das Vertragsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Abschnitt 1 f Sätze 1 und 2.

3. Sonstige Beendigungsgründe

- a) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- b) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- c) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, verlegt; es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

IV. Sonstige Bestimmungen

1. Willenserklärungen und Anzeigen

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

2. Gerichtsstand

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

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- a) 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 Mittei-

lung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

- b) 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.

V. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe der Versicherungsleistungen

Die Höhe der Versicherungsleistung gemäß Abs. 1 und 2 ist abhängig von der Vorleistung der Pflegepflichtversicherung der versicherten Person und von der Anzahl der versicherten Tarifstufen. Eine Tarifstufe beträgt 10 % der Vorleistung. Maximal können 20 Tarifstufen abgeschlossen werden. Die Zahl hinter dem Schrägstrich entspricht der Anzahl der versicherten Tarifstufen (z. B.: PZ/10 = 10 Stufen = 100 %). Erfolgt keine Vorleistung der Pflegepflichtversicherung, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

1. Pflegegeld

Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall ein Pflegegeld. Die Höhe des Pflegegeldes ergibt sich aus der Anzahl der versicherten Tarifstufen. Eine versicherte Tarifstufe entspricht 10 % des von der Pflegepflichtversicherung gezahlten Pflegegeldes.

Beihilfeberechtigte erhalten das Pflegegeld, das eine nicht beihilfeberechtigte Person bei gleichem versicherten Prozentsatz erhalten würde.

2. Kostenerstattung

Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall die entstandenen Kosten – bei stationärer Pflege auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen (siehe A I 1 a) –, die über die Leistungen hinausgehen, die die versicherte Person von der Pflegepflichtversicherung und an Beihilfe erhält, bis zu der versicherten Höchstsumme.

Die Höchstsumme ergibt sich aus der Anzahl der versicherten Tarifstufen. Eine versicherte Tarifstufe entspricht 10 % der Vorleistung der Pflegepflichtversicherung.

Bei Beihilfeberechtigten entspricht eine versicherte Tarifstufe 10 % der Vorleistung, die eine nicht beihilfeberechtigte Person aus der Pflegepflichtversicherung erhalten würde.

II. Nachweis der Vorleistung

Der Versicherungsnehmer muss die Höhe der Vorleistung durch die Pflegepflichtversicherung und die Beihilfe nachweisen. Die Belege müssen in Urschrift vorgelegt werden, spezifiziert sein und insbesondere den Vor- und Zunamen der gepflegten Person enthalten.

