

# Vertragsgrundlage 313

## Tarif 34 - für Kosten stationärer Heilbehandlungen

Seite 1 von 4 Stand: 01.2008

### Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarif mit Tarifbedingungen

- Teil I: siehe AVB/KK 2008 -

#### 1. Leistungen des Versicherers

##### 1.1 Allgemeines

1.1.1 Die Tarifgruppen 341, 342, 343 und 344 (Ziff. 1.3.2) können unabhängig von dem Bestehen anderweitiger Versicherungen abgeschlossen und weitergeführt werden.

1.1.2 Die Tarifgruppen 346 und 347 (Ziff. 1.3.3) können nur abgeschlossen und weitergeführt werden, wenn und solange bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung eine anderweitige Versicherung mit Anspruch auf Leistungen für stationäre Heilbehandlungen (Vorleistungsversicherung) besteht. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Bestehen der Vorleistungsversicherung nachzuweisen und ihren Fortfall dem Versicherer unverzüglich zu melden.

1.1.3 Bei Fortfall der Vorleistungsversicherung wird die Versicherung nach den Tarifgruppen 346 oder 347 zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt, auf eine andere Tarifgruppe für Kosten stationärer Heilbehandlungen umgestellt, wobei der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz im Rahmen der tariflichen Gegebenheiten bestimmen kann.

##### 1.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.2.1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen aus einer medizinisch notwendigen teil-, voll-, vor- und nachstationären Heilbehandlung (einschl. Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung vgl. § 1 (2) AVB Teil I) für

a) Unterkunft und Verpflegung;

b) Leistungen der Ärzte und Hebammen, die gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung berechnet werden; in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen werden Honorare auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

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

d) Heilmittel

Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Behandlungen wie Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie, sofern sie nicht Leistungen nach b) sind;

e) Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen;

f) sonstige medizinisch notwendige Leistungen;

Hierzu gehören Laboruntersuchungen, Operationssaalbenutzung, die Anwendung von Spezialapparaten (z.B. Herz-Lungen-Maschine, eiserne Lunge, Herzschrittmacher, künstliche Niere), Endoprothesen, Blut und Blutbestandteile u. ä.;

g) medizinisch notwendige Transporte in ein Krankenhaus und von einem Krankenhaus zurück an den Wohnort, jeweils bis zu einer Entfernung von 100 km;

h) medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland. Als medizinisch notwendig gilt ein Rücktransport, wenn Gefahr für Leib oder Leben besteht, im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und ein Rücktransport deshalb ärztlich angeordnet wird.

1.2.2 Nach einer Entbindung sind bis zur Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus auch evtl. gesondert in Rechnung gestellte Pflegekosten für den gesunden Säugling erstattungsfähig, sofern dieser ab Geburt bei dem Versicherer versichert wird.

1.2.3 Wird eine stillende Mutter durch den Arzt zusammen mit dem Säugling in ein Krankenhaus eingewiesen, sind die Aufwendungen für beide Personen erstattungsfähig, auch wenn nur eine Person erkrankt ist, sofern beide bei dem Versicherer versichert sind.

1.2.4 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Maßgabe der Ziffer 1.3 ersetzt. In besonderen Fällen wird daneben ein Krankenhaustagegeld nach Ziffer 1.4 gezahlt.

1.2.5 Aufwendungen für ambulante Operationen im Krankenhaus, sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen und Kieferorthopädie sind, auch im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, nicht Gegenstand des Tarifes.

##### 1.3 Höhe des Kostenersatzes

1.3.1 Die Höhe des Kostenersatzes ergibt sich aus der vereinbarten Gruppe des Tarifes und der Anzahl der vereinbarten Stufen (Ziff. 1.6). Je nach Tarifgruppe wird eine bestimmte Klasse von Krankenhausleistungen (Ziff. 1.5) versichert.

1.3.2 Der Versicherer ersetzt je Stufe 5 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn

- in Tarifgruppe 341 die erste Klasse
- in Tarifgruppe 342 die zweite Klasse
- in Tarifgruppe 343 die dritte Klasse
- in Tarifgruppe 344 die Regelklasse

oder jeweils eine Klasse mit geringeren Kosten gewählt wird. Der Versicherer ersetzt in den Stufen 16 und 18 jedoch insgesamt 100 % des Teiles der erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres, der EUR 5.500 übersteigt.

Wird in den Tarifgruppen 342, 343 und 344 jeweils eine Klasse mit höheren Kosten gewählt (z. B. in Tarifgruppe 342 die erste Klasse), werden der Erstattung nur die Kosten der zweiten, dritten bzw. Regelklasse des aufgesuchten Krankenhauses zu Grunde gelegt. Wird diese Klasse vom Krankenhaus nicht angeboten, ist für deren Kosten das nächstgelegene Krankenhaus maßgebend, das diese Klasse anbietet und für die gewählte Klasse dem aufgesuchten Krankenhaus entsprechende Kosten hat. Erstattungsfähige Aufwendungen für Leistungen der Ärzte und Hebammen werden (ausgenommen in Tarifgruppe 344) entsprechend der gewählten Klasse des aufgesuchten Krankenhauses ersetzt.

1.3.3 Für versicherte Personen, die der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, ersetzt der Versicherer je Stufe 5 % der um die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verminderten erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn

- in Tarifgruppe 346 die erste Klasse
- in Tarifgruppe 347 die zweite Klasse

oder jeweils eine Klasse mit geringeren Kosten gewählt wird. Der Versicherer ersetzt in der Stufe 16 jedoch insgesamt 100 % des Teiles der um die Leistungen der

1. Fortsetzung

gesetzlichen Krankenversicherung verminderten erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres, der EUR 5.100 übersteigt.

Wird in Tarifgruppe 347 die erste Klasse mit höheren Kosten gewählt, werden der Erstattung nur die Kosten der zweiten Klasse des aufgesuchten Krankenhauses zu Grunde gelegt.

Soweit die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen erbringt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen in Tarifgruppe 346 bis zur Höhe der Kosten der zweiten Klasse, in Tarifgruppe 347 bis zur Höhe der Kosten der dritten Klasse des aufgesuchten Krankenhauses mit 5 % je Stufe ersetzt. Der Versicherer ersetzt in der Stufe 16 jedoch insgesamt 100 % des Teiles der um die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verminderten erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres, der EUR 5.100 übersteigt.

Wird die nach den vorstehenden beiden Absätzen für die Erstattung maßgebende Klasse vom aufgesuchten Krankenhaus nicht angeboten, ist für die Kosten dieser Klasse das nächstgelegene Krankenhaus maßgebend, das diese Klasse anbietet und für die gewählte Klasse dem aufgesuchten Krankenhaus entsprechende Kosten hat.

Erstattungsfähige Aufwendungen für Leistungen der Ärzte und Hebammen werden entsprechend der gewählten Klasse des aufgesuchten Krankenhauses ersetzt.

1.4 Krankenhaustagegeld

1.4.1 Wird in den Tarifgruppen 341, 342 und 343 bei vollstationärer Behandlung statt der ersten, zweiten bzw. dritten Klasse eine Klasse mit geringeren Kosten gewählt, wird als Ausgleich ein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Entsprechendes gilt, wenn in den Tarifgruppen 346 und 347 statt der ersten bzw. zweiten Klasse eine Klasse mit geringeren Kosten gewählt wird.

1.4.2 Das Krankenhaustagegeld beträgt je Stufe

bei Wahl der	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	Regelklasse
in Tarifgruppe 341				
EUR	0,00	1,10	2,00	2,50
in Tarifgruppe 342				
EUR	0,00	0,00	0,80	1,30
in Tarifgruppe 343				
EUR	0,00	0,00	0,00	0,60
in Tarifgruppe 344				
EUR	0,00	0,00	0,00	0,00

1.4.3 Für versicherte Personen, die der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, beträgt das Krankenhaustagegeld je Stufe

bei Wahl der	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	Regelklasse
in Tarifgruppe 346				
EUR	0,00	1,10	2,00	2,50
in Tarifgruppe 347				
EUR	0,00	0,00	0,80	1,30

Soweit die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen erbringt, wird nur bei der Wahl der Regelklasse ein Krankenhaustagegeld von EUR 0,60 je Stufe gezahlt.

1.5 Klasse der Krankenhausleistungen

1.5.1 Der ersten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahl-

leistung Einbettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt. Der zweiten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahlleistung Zweibettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt oder - wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden - die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Einbettzimmer.

Der dritten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Privatarzt oder - wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden - die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Zweibettzimmer.

Der Regelklasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen nach § 2 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung 1995 (BPfIV 95) die Leistungen der Belegärzte nach § 23 BPfIV 95 sowie die Leistungen von Beleghebammen und -entbindungspflegern. Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen sind Fallpauschalen, Sonderentgelte und tagesgleiche Pflegesätze nach den §§ 11, 12 und 13 BPfIV ohne Zuschlag für Wahlleistungen nach § 22 BPfIV 95.

Als Wahlleistung Ein- bzw. Zweibettzimmer gilt die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- bzw. Zweibettzimmer (§ 22 BPfIV 95).

Als Wahlleistung Privatarzt gelten gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV 95).

1.5.2 Unterscheidet ein Krankenhaus für seine Leistungen nach Pflegeklassen, entspricht die erste Klasse der 1. Pflegeklasse, die zweite Klasse der 2. Pflegeklasse, die dritte Klasse der 3. Pflegeklasse oder der allgemeinen Pflegeklasse.

1.5.3 Ergibt sich die Klasse der Krankenhausleistungen weder aus Ziff. 1.5.1 noch aus Ziff. 1.5.2, entsprechen Krankenhausleistungen bei Unterbringung in einem Einbettzimmer der ersten Klasse, bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer der zweiten Klasse, bei Unterbringung in einem Dreibettzimmer der dritten Klasse und bei Unterbringung in einem Zimmer mit mehr als drei Betten der Regelklasse.

1.5.4 Dem Versicherungsnehmer obliegt der Nachweis der gewählten Klasse und deren Kosten. Ist für den Kostenersatz gemäß Ziff. 1.3.2 oder 1.3.3 eine andere Klasse maßgebend, sind vom Versicherungsnehmer auch deren Kosten nachzuweisen.

1.6 Mögliche Stufen der Tarifgruppen

Es können vereinbart werden:

Tarifgruppe 341

3 bis 14 Stufen (15 bis 70 %ige Erstattung für die erste Klasse)

16 Stufen ( 80 %ige Erstattung für die erste Klasse)

18 Stufen ( 90 %ige Erstattung für die erste Klasse)

20 Stufen (100 %ige Erstattung für die erste Klasse)

3 bis 6 Stufen können nur für Beihilfeberechtigte oder als Zusatzversicherung für bei der KVB versicherte Bundesbahnbeamte, 7 bis 14 Stufen nur für Beihilfeberechtigte vereinbart werden. Für bei der KVB versicherte Bundesbahnbeamte können nicht mehr als 6, für Beihilfeberechtigte nicht mehr als 14 Stufen vereinbart werden, höchstens jedoch so viel Stufen, dass die Versicherungsleistung zusammen mit der Beihilfe die Krankheitskosten in der Regel nicht übersteigt.

1. Fortsetzung	<p>Tarifgruppe 342 3 bis 14 Stufen ( 15 bis 70 %ige Erstattung für die zweite Klasse) 16 Stufen ( 80 %ige Erstattung für die zweite Klasse) 18 Stufen ( 90 %ige Erstattung für die zweite Klasse) 20 Stufen (100 %ige Erstattung für die zweite Klasse) 3 bis 4 Stufen können nur für Beihilfeberechtigte oder als Zusatzversicherung für bei der KVB versicherte Bundesbahnbeamte, 5 bis 14 Stufen nur für Beihilfeberechtigte vereinbart werden. Für bei der KVB versicherte Bundesbahnbeamte können nicht mehr als 4, für Beihilfeberechtigte nicht mehr als 14 Stufen vereinbart werden, höchstens jedoch soviel Stufen, dass die Versicherungsleistung zusammen mit der Beihilfe die Krankheitskosten in der Regel nicht übersteigt.</p>	<p>Tarifgruppe 343 16 Stufen ( 80 %ige Erstattung für die dritte Klasse) 20 Stufen (100 %ige Erstattung für die dritte Klasse) Tarifgruppe 344 20 Stufen (100 %ige Erstattung für die Regelklasse) Tarifgruppe 346 16 Stufen ( 80 %ige Restkostenerstattung für die erste Klasse) 20 Stufen (100 %ige Restkostenerstattung für die erste Klasse) Tarifgruppe 347 16 Stufen ( 80 %ige Restkostenerstattung für die zweite Klasse) 20 Stufen (100 %ige Restkostenerstattung für die zweite Klasse)</p>
2. Leistungen des Versicherungsnehmers	<p><b>2.1 Monatsbeiträge</b> 2.1.1 Die Beiträge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Personen bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Umstufung, Beitrags- oder Leistungsanpassung wird auch das erreichte Lebensalter berücksichtigt (vgl. § 8 a (2) AVB Teil I und Ziff. 2.1.2). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person. 2.1.2 Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht. 2.1.3 Verheiratete unter 21 Jahren zahlen den ihrem Geschlecht entsprechenden Beitrag der 21-jährigen. 2.1.4 Verheiratete unter 21 Jahren und 21-34-jährige Personen, die sich nachweislich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten, können auf Antrag zu dem ihrem Geschlecht entsprechenden Jugendlichenbeitrag, zuzüglich eines</p>	<p>vom erreichten Alter abhängigen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zuschlags, versichert werden. 2.1.5 Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche und die nach Ziff 2.1.4 versicherten Personen, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen, es sei denn, dass der Nachweis über das Weiterbestehen einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres erbracht wird und bei Ablauf des Kalenderjahres das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) AVB Teil I. <b>2.2 Mahnkosten (§ 8 (5) AVB Teil I)</b> Die Mahnkosten bei Zahlungsverzug betragen für jede Mahnung EUR 1,02.</p>
3. Besondere Bestimmungen	<p><b>3.1 Zu § 1 AVB Teil I - Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</b> 3.1.1 Annahme des Antrags (§ 1 (3) AVB Teil I) Die Annahme des Antrags kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden, wenn sie zu den normalen Geschäftsbedingungen nicht möglich ist. 3.1.2 Versicherungsschutz außerhalb Europas (§ 1 (4) AVB Teil I) a) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu zwei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über zwei Monate hinaus. b) Auf Antrag kann der Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag auf längere Aufenthalte im außereuropäischen Ausland ausgedehnt werden. 3.1.3 Bei Vorliegen der bedingungsgemäßen Voraussetzungen kann die Versicherung auf Antrag vorübergehend in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden. <b>3.2 Zu § 2 AVB Teil I - Beginn des Versicherungsschutzes</b> Keine ergänzenden Bestimmungen. <b>3.3 Zu § 3 AVB Teil I - Wartezeiten</b> 3.3.1 Wartezeit bei Umstufungen Bei Umstufungen sind die Wartezeiten nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen. 3.3.2 Besondere Wartezeiten (§ 3 (3) AVB Teil I) Ohne Text 3.3.3 Wartezeiterlass (§ 3 (4) AVB Teil I) Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis auf einem Formular des Versicherers über den Ge-</p>	<p>sundheitszustand vorgelegt wird. 3.3.4 Wartezeit bei erstmaliger Versicherung Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I. <b>3.4 Zu § 4 AVB Teil I - Umfang der Leistungspflicht</b> 3.4.1 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Die aus dem Überschuss des Versicherers der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung geschäftsplanmäßig zugeführten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen. Der Vorstand des Versicherers bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung. Für den Fall einer Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung für Versicherte eines Tarifes gelten folgende Bestimmungen: a) Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für die nach dem Tarif versicherten Personen, denen für das vorhergehende Kalenderjahr weder tarifliche noch außertarifliche Leistungen nach diesem Tarif gewährt</p>

## 3. Fortsetzung

worden sind und deren Beitrag für 12 Monate des vorhergehenden Kalenderjahres ohne Verzug bezahlt worden ist.

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

#### 3.4.2 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

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

#### 3.4.3 Bundeswehrkrankenhäuser

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

### 3.5 Zu § 5 AVB Teil I - Einschränkung der Leistungspflicht

Keine ergänzenden Bestimmungen

### 3.6 Zu § 6 AVB Teil I - Auszahlung der Versicherungsleistung

#### 3.6.1 Nachweise

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

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

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

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

### 3.7 Zu § 7 AVB Teil I - Ende des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

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

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

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

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

#### 3.8.2 Ohne Text

#### 3.8.3 Beitragsanpassung (§ 8 b AVB Teil I)

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

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

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

Keine ergänzenden Bestimmungen.

### 3.10 Zu § 14 AVB Teil I - Kündigung durch den Versicherer

3.10.1 Kündigungsverzicht in der Krankheitskostenteilversicherung (§ 14 (2) AVB Teil I) - Für Neuzugänge ab 1.1.1998

Der Versicherer verzichtet bei Krankheitskostenteilversicherungen nach den Tarifgruppen 346 und 347 auf das ordentliche Kündigungsrecht.

### 3.11 Zu § 15 AVB Teil I - Sonstige Beendigungsgründe

#### 3.11.1 Tätigkeitsgebiet und Wegzug ins Ausland

(§ 15 (3) AVB Teil I)

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

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

Keine ergänzenden Bestimmungen.