

## Vertragsgrundlage 254

### EL400-N

#### für ambulante und stationäre Heilbehandlung

#### Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

#### für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

##### Teil III: Krankheitskostentarif

Tarif/Stufe	EL400-N
<b>A. Leistungen des Versicherers</b> (1) Allgemein	Die Leistungen des Versicherers für ambulante Heilbehandlung (Abschnitt A. 2.) vermindern sich für eine versicherte Person pro Versicherungsjahr um einen Selbstbehalt von <b>400,00 Euro</b> . Die Aussagen unter Abschnitt A. gelten unter Berücksichtigung der Aussagen unter den Abschnitten B bis D.
(2) Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung	<b>80%</b> Des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung - außer Psychotherapie- durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel. <b>100%</b> des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung - außer Psychotherapie- durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel, wenn für die Behandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin/ praktischer Arzt, ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) oder ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der vorgenannten Ärzte zur Mit-/Weiterbehandlung an einen anderen Facharzt überwiesen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen. <b>90%</b> des Rechnungsbetrages für Heilmittel. <b>100%</b> für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 außer Sehhilfen, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen. Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 - außer Sehhilfen - anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf <b>75%</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <b>100%</b> des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Innerhalb von 2 Kalenderjahren wird ein Rechnungsbetrag bis zu 103,- Euro anerkannt und bis zu 103,- Euro erstattet. Ein erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf von 2 Kalenderjahren. <b>100%</b> der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen. Serviceleistungen ambulante Behandlung Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.
(3) Erstattung bei stationärer Heilbehandlung	<b>100%</b> der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen (ohne privatärztliche Behandlung durch Krankenhausärzte und bessere Unterbringung) sowie medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Erstattungsfähig sind auch Kosten für Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger. Serviceleistungen stationäre Behandlung:

	<p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>
(4) Erstattung bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Heilbehandlung	<p><b>100%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen.</p> <p><b>100%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen, wenn die Maßnahme vor dem 18. Geburtstag des Versicherten geplant und begonnen wurde.</p> <p><b>60%</b> des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen sowie für kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen.</p> <p>Serviceleistungen Zahnleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p> <p>Als Zahnersatz im Sinne des Versicherungsschutzes gelten: - prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen - Kronen und Teilkronen, auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt - implantologische Leistungen - funktionsanalytische Leistungen im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme - funktionstherapeutische Leistungen.</p> <p>Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste III genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen. Vgl. aber Abschnitte B und C.</p>
<b>B. Zahnstaffel</b>	<p>In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen für alle Arten zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Zahnersatz) und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Höchstleistung im 1. Jahr = 255,65 Euro</li> <li>- Höchstleistung im 2. Jahr = 511,29 Euro</li> <li>- Höchstleistung im 3. Jahr = 1.022,58 Euro</li> <li>- Höchstleistung im 4. Jahr = 1.533,88 Euro</li> </ul> <p>Bei unfallbedingten zahnärztlichen/kieferorthopädischen Maßnahmen entfällt die Begrenzung.</p>
<b>C. Kostenvoranschlag für Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Heilbehandlung</b>	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz oder Kieferregulierung ist dem Versicherten rechtzeitig ein Heil- und Kostenplan mit der Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen und eine detaillierte Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors vorzulegen. Der Versicherte verpflichtet sich, diese unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsumfang verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Wird ein Heil- und Kostenplan sowie die Kostenaufstellung des Labors nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die Leistungsquote auf 50% der normalen tariflichen Leistung.</p>
<b>D. Leistungsausschlüsse</b>	<p>Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen im Tarif EL 400-N nicht im Versicherungsschutz enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante und stationäre Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen; für Anschlussbehandlungen in Gemischten Krankenanstalten wird unter den Voraussetzungen der Nummer 13b Abs. 2 TB 2009 geleistet.</li> <li>- Behandlungen durch Heilpraktiker sowie deren Verordnungen</li> <li>- Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen außerhalb der dort vorgesehenen Altersgrenzen</li> <li>- ambulante psychotherapeutische Behandlung</li> <li>- Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen</li> <li>- Sterilisation</li> <li>- Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung.</li> </ul> <p>Insoweit finden Nr.2, Nr.3, Nr. 18 und Nr. 19 Abs. 2 TB 2009 keine Anwendung.</p>
<b>E. Bonifikation</b> (1) Beitragsrückerstattung  (2) Verhaltensbonus  (3) Auszahlung	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<b>F. Beitragsanpassung</b>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann im Tarif EL400-N unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>
<b>G. Umwandlungsoption</b> (1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen <b>ohne erneute Gesundheitsprüfung</b> und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p>

(2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung

(3) Frist zur Wahrnehmung der Option

Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für den Tarif EL400-N eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif EL400-N waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.

**Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:**

- a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person;
- b) Einmalig bei Eheschließung der Versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.
- c) bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag.
- d) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind),
- e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit;
- f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfefunkonforme Krankheitskostenvollversicherung und Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen.
- g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet;
- h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.

Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.

Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:

- a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.
- b) ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
- c) in allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)

Gültig ab 09/11

**Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif EL400-N  
oder: Was wir häufig von unseren Kunden gefragt werden**

**Primärarzt-Prinzip bei ambulanter Heilbehandlung**

Als Patient/in haben Sie die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten. Sie entscheiden in jedem Krankheitsfall darüber, welchen Arzt/Ärztin Sie aufsuchen. Der von Ihnen gewählte Tarif sieht für die ambulante Heilbehandlung das sogenannte Primärarzt-Prinzip vor. Das bedeutet, dass eine 100%ige Erstattung der Kosten medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung erfolgt, wenn Sie die Behandlung durch einen Primärarzt durchführen lassen.

**Primärärzte sind**

- Ärzte für Allgemeinmedizin,
- Praktische Ärzte,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Augenheilkunde (Augenärzte),
- Fachärzte für Kinder- und Jugendlichenmedizin (Kinderärzte),
- Not- oder Bereitschaftsärzte.

Alle anderen Fachärzte zählen für Versicherte des Tarifes EL Bonus nicht zu den Primärärzten.

Die Erstattungsquote von 100% gilt aber auch, wenn Sie zuerst einen Primärarzt konsultieren, die weitere Behandlung dann aber - nach Überweisung durch den Primärarzt - von einem/mehreren Facharzt/ Fachärztinnen durchgeführt wird. Diese Regel gilt jeweils für alle Behandlungen, die einen Krankheitsfall (Versicherungsfall) betreffen. Solange der weiterbehandelnde Facharzt wegen der ursprünglichen Diagnose konsultiert wird, benötigen wir keine neue Überweisung. Ändert sich allerdings das Erkrankungsbild, muss zunächst wieder der Primärarzt aufgesucht werden.

Sollten Sie es für sich für zweckmäßig halten, direkt einen Facharzt aufzusuchen, der nicht Primärarzt ist, tragen Sie von den Kosten der medizinisch notwendigen Behandlung sowie sonstiger Therapiekosten 20% selbst; der Erstattungssatz beträgt also 80%. Wird eine eventuelle Folgebehandlung dann durch einen Primärarzt durchgeführt bzw. durch einen Facharzt nach Überweisung durch den Primärarzt, werden diese Kosten zu 100% erstattet. Die Wahl eines Facharztes bei der Erstbehandlung führt also nicht zwingend dazu, dass sämtliche Folgebehandlungen zu 20% von Ihnen zu tragen sind. Sie beeinflussen den Kostenerstattungssatz dadurch, dass Sie die Zweitbehandlung / Folgebehandlung durch einen Primärarzt durchführen lassen. Nachträgliche Überweisungen können wir jedoch nicht anerkennen.

Bei einem Arztwechsel von einem Primärarzt zu einem (anderen) Facharzt lassen Sie sich bitte eine Überweisung ausstellen, die Sie uns mit den Rechnungen zuleiten. Außerdem benötigen wir dann die Rechnungen des Primärarztes und des weiter behandelnden Arztes zusammen.

**Vor dem Bezug von Hilfsmitteln (außer Sehhilfen):**

**Bitte sprechen Sie mit uns!**

AXA Krankenversicherung kann verordnete Hilfsmittel (z. B. Hör- und Sprechhilfen, Krankenfahrstühle, etc.) in vielen Fällen beschaffen - ohne dass Sie sich weiter darum kümmern müssen. Bitte wenden Sie sich deshalb vor Bezug eines Hilfsmittels unbedingt an uns! Wir organisieren die Beschaffung und halten außerdem die Leistungsaufwendungen (und damit Ihre Beiträge) so gering wie möglich. Bitte bedenken Sie, daß wir tarifgemäß unsere Erstattung auf 75% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages kürzen, falls Sie sich vor Bezug eines Hilfsmittels nicht an uns wenden.

**Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?**

**bei ambulanter Behandlung,**

z.B. ambulante Psychotherapie, Behandlung durch Heilpraktiker, ambulante Kuren, Fahrtkosten zur und von der ambulanten Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechung aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Sonnenbrillen, einige Schutzimpfungen, Nähr- und Stärkungsmittel (z.B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate), nicht rezeptpflichtige Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badesubstanzen.

**bei stationärer Behandlung,**

z.B. Schwangerschaftsunterbrechung aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer, Krankenhausnebenkosten

für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, stationäre Kur und Rehabilitationsmaßnahmen, (für Anschlussheilbehandlungen in Gemischten Krankenanstalten wird unter den Voraussetzungen der Nummer 13b Abs. 2 TB 2009 geleistet), stationäre Vorsorgeuntersuchung ("großer Check-up").

**bei zahnärztlicher Behandlung,**

z.B. Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die Höchstpreise der gültigen Sachkostenliste überschreiten, sowie Fahrtkosten zur zahnärztlichen Behandlung, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

**Was ist im Versicherungsfall zu beachten ?**

**bei ambulanter Behandlung**

In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein. Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit den Arztrechnungen einreichen und Rechnungen erst dann vorlegen, wenn der zu erwartende Leistungsbetrag höher als 100,- Euro ist.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen. Facharztrechnungen (nicht Gynäkologe, Kinder- und Augenarzt) reichen Sie bitte zusammen mit der Überweisung oder Rechnung des Allgemeinarztes ein.

Heil- und Hilfsmittel (z.B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich. Beabsichtigen Sie, sich nach alternativen Methoden untersuchen oder behandeln zu lassen, so fordern Sie bitte vor Behandlungsbeginn von uns eine Kostenübernahmeerklärung an.

**bei stationärer Behandlung**

Als Inhaber der AXA Card für Privatversicherte oder der Klinik Card können Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus alle Formalitäten schnell und bequem erledigen. Es sind keine Vorauszahlungen für Unterbringungskosten zu leisten. Die Rechnung des Krankenhauses wird unmittelbar an uns geschickt.

**bei zahnärztlicher Behandlung**

Rechtzeitig vor Beginn von Maßnahmen für Kieferorthopädie und Zahnersatz sollten Sie uns unbedingt neben dem Heil- und Kostenplan des Zahnarztes auch den Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors auf Basis der gültigen Sachkostenliste zusenden. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus dem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans bzw. des Kosten-voranschlags übernehmen wir im Rahmen des Tarifes. Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplanes sowie der Kostenaufstellung des Labors wird die Versicherungsleistung gekürzt.

**Zahnersatz: 60% gelten für Material-, Labor- und Zahnarztkosten:**

bei Zahnersatz werden nicht nur die Material- und Laborkosten zu 60% erstattet, sondern ebenfalls das Honorar des Zahnarztes.

Der Erstattungssatz von 60% gilt also auch für all die Behandlungsleistungen des Zahnarztes, welche er für die Vorbereitung und Umsetzung Ihres Zahnersatz durchführen muss.

Die Leistungen des Zahnarztes, welche als Zahnbehandlung gelten, erstatten wir zu 100%. Hierzu zählen z. B. Füllungen, Zahnstein- und Zahnentfernungen, Wurzelkanalbehandlungen, Paradontosemaßnahmen, Inlays inklusive der dazugehörigen Material- und Laborkosten.

**Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009**

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.