Union Krankenversicherung

UKV

Finanzgruppe

Krankenversicherung

Booklet 1 – Vollversicherung

Inhalt

I. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

II. Tarifbedingungen

III. Sonderbedingungen

IV. Merkblätter

UKV I110 04.2011 SAP-Nr. 328701

Inhalt

I. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Seite

AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK) 3
AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-VT) 10
AVB für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT) 17
AVB für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AVB/EPV-VT) 23
AVB für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV) 29

II. Tarifbedingungen

Tarife VA, VS, VZ 44
Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten 46
Tarif CompactPRIVAT - Optimal 250 / 600 / 1200 49
Heilmittelverzeichnis und Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife CompactPRIVAT - Optimal 54
Tarif CompactPRIVAT - Start 250 / Start 900 59
Heilmittelverzeichnis und Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife CompactPRIVAT - Start 63
Tarif CompactPRIVAT - Plus 68
Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten des Tarifs CompactPRIVAT - PLUS 69
Tarif GesundheitPRIVAT 70
Heilmittelverzeichnis und Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs GesundheitPRIVAT 73
Berufsgruppenverzeichnis des Tarifs GesundheitPRIVAT 78
Tarif GrundschutzPRIVAT 79
Heilmittelverzeichnis zum Tarif GrundschutzPRIVAT 81
Tarif OptionPRIVAT 82
Tarif ExpertPlus 84
Tarife KT 87
Tarif KH 88
Tarif PflegePREMIUM 89
Tarif PflegeOPTIMAL 90
Tarif PflegeKOMPAKT 91
Tarif PflegePLUS 92
Tarif PflegePRIVAT 93
Tarif PTE 95
Tarife PVN/PVB (siehe MB/PPV) . . . . . s. 29

III. Sonderbedingungen

Besondere Bedingungen zur Anwartschaftsversicherung 96
Sonderbedingungen zu Personen in Berufsausbildung (VA, VS, VZ) 97
Sonderbedingungen zur Vereinbarung von Risikobeiträgen (KH, PTE, KT) 98
Sonderbedingungen zu den V-Tarifen für Versicherte mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern 99
Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung 100
Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif CompactPRIVAT - Optimal für Personen in Berufsausbildung 101
Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif CompactPRIVAT - PLUS für Personen in Berufsausbildung 102
Sonderbedingung zur Vereinbarung einer Option zu den Tarifen CompactPRIVAT - Start 103
Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif GesundheitPRIVAT für Personen in Berufsausbildung 104
Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif GrundschutzPRIVAT 105
Besondere Bedingungen zu den Tarifen PflegeKOMPAKT und PflegeOPTIMAL 106
Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Tarifwechsel-Option, WechseloptionPRIVAT 107
Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter - BEA 65 108

IV. Merkblätter

Merkblatt zur Datenverarbeitung 109
IInformationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 111

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

Stand: 01.01.2009, V100

Teil I: Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)
Teil II: Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG*

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
I.
(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
Als Versicherungsfall gelten auch
a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

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

Zu § 1 Absatz 4
Der Versicherer leistet während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

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

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

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

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

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

§ 3 Wartezeiten
I.
(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

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

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

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

II.

Zu § 3 Absatz 3
1. Die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung entfällt; es gilt hierfür nur die allgemeine Wartezeit von drei Monaten.

2. Auch die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Zu § 3 Absatz 4
Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Atteste auf den vom Versicherer vorgesehenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I.

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

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

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

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

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

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

II.

Zu § 4 Absatz 2
Sofern der Tarif Leistungen bei Psychotherapie vorsieht, werden diese auch erbracht, wenn die Behandlung auf Veranlassung eines Facharztes durch einen Diplom-Psychologen vorgenommen wird.

Zu § 4 Absatz 3
1. Als Arzneimittel gelten auch homöopathische Medikamente.

2. Nährmittel, Stärkungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze gelten nicht als Arzneimittel.

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

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

Zu § 4 Absatz 6
Der Versicherer leistet darüber hinaus im vertraglichen Umfang bei Behandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker für alle Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
(GebüH – Stand 1985) aufgeführt sind – einschließlich Arzneimittel – bis zum jeweils genannten Höchstsatz. Für andere Methoden der unkonventionellen Medizin leistet der Versicherer, wenn er dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I.

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

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

II.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
I.

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

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

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

(4) Die in Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

II.

Zu § 6 Absatz 1
1. Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der andere Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.

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

Zu § 6 Absatz 4
Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Zu § 6 Absatz 6
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
I.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
I.

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

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

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

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes, sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a VAG fortgesetzt.

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

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

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

II.

Zu § 8 Absatz 1

Der Versicherer räumt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von
2 % bei halbjährlicher,
3 % bei jährlicher
Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten ein.

Zu § 8 Absatz 4

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

Zu § 8 Absatz 5

Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8a Beitragsberechnung

I.

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten 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.

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

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

II.

Zu § 8a Absatz 2

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

Zu § 8a

Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers

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

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

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

I.

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

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den

Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

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

II.

Zu § 8 b Beitragsanpassung

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

§ 9 Obliegenheiten

I.

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

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

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

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

II.

Zu § 9 Absatz 1

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

Zu § 9 Absatz 2

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

Zu § 9 Absatz 6

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I.

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I.

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

I.

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I.

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

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis

zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.
Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

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

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Absatz 1 Nr. 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

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

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

II.
Zu § 13 Absatz 1
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.
Der Versicherungsvertrag wird für zwei Versicherungsjahre fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird.
Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankenhaustagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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

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

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

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

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

II.
Zu § 14Absatz 1
Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskostenteilversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vorliegen.

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

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

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

II.
Zu § 15 Absatz 1 und 2
Ehegatten haben jederzeit das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen.

Sonstige Bestimmungen

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

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

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

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

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif
I.
(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absätze 2a Nummer 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif
I.
Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

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

Stand: 01.01.2009, V660, 06.2010

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

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

Präambel

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

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

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I.

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

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

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

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

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

II.

Zu § 1 Absatz 1 MB/KK

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

Zu § 1 Absatz 4 Satz 3 und 4 MB/KK

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

Zu § 1 Absatz 6 MB/KK

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I.

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

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

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

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

II.

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

Sind die Voraussetzungen zur Aufnahme eines Neugeborenen gegeben, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

I.

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

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

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

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

II.

Zu § 3 Absatz 3 MB/KK

Auch die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Zu § 3 Absatz 4 MB/KK

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I.

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

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

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

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

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

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

II.

Zu § 4 Absatz 1 MB/KK

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

(2) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird vom Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders jährlich festgelegt. Dabei wird entschieden, welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung wird vom Versicherer jährlich festgelegt.

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

a) Es muss während des ganzen Geschäftsjahres*) ein berechtigter Tarif mit voller Beitragspflicht bestanden haben und am 30. Juni des Folgejahres noch bestehen. Das letzte Erfordernis entfällt, wenn im ersten Halbjahr des Folgejahres eine der folgenden Voraussetzungen eintritt:
   – Tod des Versicherten
   – Kündigung wegen Eintritts der Krankenversicherungspflicht
   – Übertritt in andere Tarife des Versicherers
   – Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung
b) Es dürfen für Aufwendungen, die im abgelaufenen Geschäftsjahr entstanden sind, keine Leistungen erbracht worden sein.
c) Die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Geschäftsjahr müssen entrichtet worden sein.

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

Zu § 4 Absatz 2 MB/KK

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

Zu § 4 Absatz 3 MB/KK

(1) Als Arzneimittel gelten nicht, selbst wenn sie im Einzelfall für die Behandlung einer Krankheit verordnet sind, Tonika, Diät-, Nähr-, Stärkungs-, Entfettungs- und Genussmittel, medizinische Weine, Mineralwasser, Badezusätze, Kosmetika und Mittel, die der Reinigung und Pflege des Körpers dienen; ferner sind Arzneimittel von der Kostenerstattung ausgeschlossen, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, die auch der Empfängnisverhütung dienen oder die nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I.

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

II.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KK

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

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind, unabhängig vom jeweils vereinbarten Versicherungsschutz, nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zuschussfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I.

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

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

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

(4) Die in Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

II.

Zu § 6 Absatz 1 MB/KK

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

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

Zu § 6 Absatz 4 MB/KK

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

Zu § 6 Absatz 6 MB/KK

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

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

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

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung zu entrichten.
Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a VAG fortgesetzt.

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

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

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

II.
Zu § 8 Absatz 1 MB/KK
Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass von 3 % eingeräumt.

Zu § 8 Absatz 4 MB/KK
Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Zu § 8 Absatz 5 MB/KK
Die Mahnkosten bei Mahnung rückständiger Beiträge betragen je Vertrag 2 Euro.

§ 8a Beitragsberechnung
I.
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (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.

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

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

II.
Zu § 8a Absatz 1, 2 MB/KK
(1) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(2) Zur Beitragsentlastung im Alter werden bei Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung zu bilden ist, den Versicherten zusätzlich Beträge gemäß § 12a VAG gutgeschrieben.

§ 8b Beitragsanpassung
I.
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

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

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

II.
Zu § 8b Absatz 1 MB/KK
Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer, Frauen, Kinder/Jugendliche). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5 % ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Anpassungen erfolgen bei beiden Risikoträgern einheitlich.

§ 9 Obliegenheiten
I.
(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

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

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

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

II.
Zu § 9 Absatz 1 MB/KK
Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung nach Absatz 1 wird verzichtet. § 4 Absatz 5 MB/KK bleibt unberührt.

Zu § 9 Absatz 2 MB/KK
Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Zu § 9 Absatz 6 MB/KK
Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankenhaustagegeldversicherung bedarf ebenfalls der Einwilligung des Versicherers.

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

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

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

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

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

Ende der Versicherung

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

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

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

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

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

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§193 Absatz 3 VVG), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung dienenden substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Absatz 1 Nummer 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

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

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

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

II.
Zu § 13 Absatz 1 MB/KK
(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

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

Zu § 13 Absatz 2 MB/KK
Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

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

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

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

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

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

II.
Zu § 14 Absatz 2 MB/KK
Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird in der Krankheitskostenteilversicherung auch verzichtet, wenn die Voraussetzungen nach § 14 Absatz 1 nicht vorliegen.

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

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

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

Sonstige Bestimmungen

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

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

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

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

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif
I.
(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absätze 2 a Nummer 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif
I.
Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist.
Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

*) Die allgemeinen Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG ergänzen die Musterbedingungen (MB/KK 2009)
**) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT)

Stand: 01.01.2009, V200

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)
Teil II: Tarifbedingungen der UKV*

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
I.
(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

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

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

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

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

II.
Zu § 1 Absatz 7
Der Versicherer leistet während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung wie im europäischen Ausland.

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

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

§ 3 Wartezeiten
I.
(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

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

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

* Die Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung ergänzen die Musterbedingungen (MB/KT 2008).

II.
Zu § 3 Absatz 3
1. Die besondere Wartezeit für Entbindung beträgt ebenfalls acht Monate (Leistungen für Entbindung gemäß Tarifbedingungen zu § 5 Absatz 1 Buchstabe d).

2. Auch die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Zu § 3 Absatz 4
Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Atteste auf den vom Versicherer vorgesehenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
I.
(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

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

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

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

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

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

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

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

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

II.
Zu § 4 Absatz 1
Die Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes setzt mit Ablauf der tariflichen Karenzzeit ein. Tritt jedoch innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

Zu § 4 Absatz 2
Dem Versicherungsnehmer wird erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen. Der Maßstab für die Erhöhung wird auf der Grundlage der Verordnungen der Bundesregierung über Bezugsgrößen in der staatlichen Rentenversicherung ermittelt. Die Einzelheiten der Anpassung (Erhöhung) werden mit Zustimmung des Treuhänders festgelegt.
Die Anpassung wird nur Versicherungsnehmern angeboten, deren Vertrag ein Krankentagegeld von 25 EUR oder mehr vorsieht.
Die Anpassung kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im jeweiligen Anpassungsjahr übersandten Vordruck beantragt werden. Das Antragsformular nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepasst werden kann und die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, muss der Versicherer den fristgerecht eingehenden Antrag ohne erneute Risikoprüfung annehmen. Die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages beim Versicherer folgt.
Bisher besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter; bisher besonders vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Zu § 4 Absatz 9
Die tariflichen Leistungen werden auch dann erbracht, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Absatz 9 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht.
Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so ist der Versicherer – unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld – nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
I.
(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vergleiche § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das

Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

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

II.
Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe c
Der Versicherer verzichtet auf die Anwendung dieser Bestimmung.

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

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe e
Der Versicherer zahlt bei Entbindung für die Dauer einer stationären Unterbringung in einem Krankenhaus oder Entbindungsheim – ohne Rücksicht auf die tariflichen Karenzzeiten – das vereinbarte Krankentagegeld, mindestens jedoch eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes. Die Pauschale wird auch bei nichtstationärer Entbindung gezahlt.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe g
Sind nach einer mindestens vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit medizinisch dringend erforderlich, wird Krankentagegeld gezahlt, wenn der Versicherer deren Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes schriftlich anerkannt hat. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

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

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

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

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

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

II.
Zu § 6 Absatz 1
Der Versicherer kann verlangen, dass die Nachweise auf seinen Vordrucken erbracht werden. Diese sind vom Versicherten und vom behandelnden Arzt vollständig auszufüllen.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

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

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

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

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

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

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

II.
Zu § 8 Absatz 1
Der Versicherer räumt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von
2% bei halbjährlicher,
3% bei jährlicher
Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten ein.

Zu § 8 Absatz 3
Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Zu § 8 Absatz 5
Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8a Beitragsberechnung
I.
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten 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.

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

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

II.
Zu § 8 a Absatz 2
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Die Anrechnung der Deckungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

Zu § 8a Gewinnbeteiligung des Versicherungsnehmers
Aus den Überschüssen des Versicherers wird ein satzungsgemäß festgelegter Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, deren Beträge nur für die Versicherten verwendet werden. Dabei kann der Versicherer außer der Auszahlung bzw. Gutschrift der Beitragsrückerstattung auch die Verwendung als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders jährlich festgelegt.
Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung wird jährlich festgelegt. Erfolgt eine Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift oder in Form der Beitragssenkung, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, die in der Regel folgende Voraussetzungen erfüllt:

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

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

§ 8b Beitragsanpassung
I.
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

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

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

II.
Zu § 8 b Beitragsanpassung
Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer, Frauen, Kinder/Jugendliche). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5 % ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Der Versicherer ist berechtigt, entsprechend der Beitragsanpassung auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu ändern.

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

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

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

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

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

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

II.
Zu § 9 Absatz 1
Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens bis zu dem Tag anzuzeigen, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen, mindestens aber in 14-tägigen Abständen, nachzuweisen.

Zu § 9 Absatz 2

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

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

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

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

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

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
I.
(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

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

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

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

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

II.
Zu § 13 Absatz 1
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Der Versicherungsvertrag wird für ein Versicherungsjahr fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankentagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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

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

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

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

II.
Zu § 14 Absatz 1
Der Versicherer verzichtet auf sein Kündigungsrecht, sofern bei ihm gleichzeitig Krankheitskostenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung besteht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
I.
(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher

ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

II.

Zu § 15 Buchstabe a)

Wird die in festem Arbeitsverhältnis stehende versicherte Person (Arbeitnehmer) nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monatsfrist des § 15 Buchstabe a auf sechs Monate. § 15 Buchstabe b bleibt unberührt.

Zu § 15 Buchstabe a) und b)

Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

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

Zu § 15 Buchstabe e

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

Zu § 15

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I.

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

§ 17 Gerichtsstand

I.

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I.

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

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

Stand: 01.11.2008, V730

Teil I: Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2008)
Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG[1]

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

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

Der Versicherungsschutz

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

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

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

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

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

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den

[1] Die Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG ergänzen die Musterbedingungen 2008 (MB/EPV 2008).

hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Absatz 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

II.

Zu § 1 Absatz 1 MB/EPV
Die Bezeichnung „der Versicherer“ bezeichnet – auch im Folgenden – den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

Zu § 1 Absatz 11 MB/EPV
In der Pflegetagegeldversicherung erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie die Schweiz. Eine Kürzung gemäß § 1 Absatz 11 Satz 3 erfolgt in der Pflegetagegeldversicherung nicht.

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

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

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

§ 3 Wartezeit
I.
(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

II.
Zu § 3 Absatz 2 MB/EPV
Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
I.
Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
I.
(1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Absatz 11 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
- d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;
- e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;
- f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

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

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

II.
Zu § 5 Absatz 1 MB/EPV
Die Regelungen in Absatz 1 Buchstabe d), e), g) und h) finden auf die Pflegetagegeldversicherung keine Anwendung. § 5 Absatz 1 f findet in der Pflegetagegeldversicherung für die Dauer der ersten vier Wochen einer vollstationären Behandlung keine Anwendung.

Zu § 5 Absatz 1 c) MB/EPV
Soweit der Tarif Sachleistungen vorsieht, werden diese nur im Inland erbracht.

Zu § 5 Absatz 2, Absatz 3 MB/EPV
Die Regelungen in § 5 Absatz 2 und § 5 Absatz 3 finden auf die Pflegetagegeldversicherung keine Anwendung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
I.
(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vergleiche § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

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

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

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

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
I.
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

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

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

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

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

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

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

II.
Zu § 8 Absatz 3 MB/EPV
Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Zu § 8 Absatz 5 MB/EPV
Die Mahnkosten bei Mahnung rückständiger Beiträge betragen je Vertrag 2 Euro.

Zu § 8 Absatz 6 MB/EPV
Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass eingeräumt.

§ 8a Beitragsberechnung
I.
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

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

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

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

II.
Zu § 8 a Absatz 2 MB/EPV
(1) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(2) Zur Beitragsentlastung bzw. Leistungsverbesserung werden in der Pflegekrankenversicherung den Versicherten zusätzliche Beträge gemäß § 12 a VAG gutgeschrieben.

§ 8b Beitragsanpassung
I.
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

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

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

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

II.
Zu § 8b Absatz 1 MB/EPV

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

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

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

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

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

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

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

II.
Zu § 9 Absatz 1 MB/EPV
(1) Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach ärztlicher Feststellung anzuzeigen. Bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit ist diese in angemessenen Abständen nachzuweisen.

(2) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist durch den für die Pflegepflichtversicherung erstellten Nachweis über die Pflegebedürftigkeit zu erbringen. Soweit dieser Nachweis nicht erbracht werden kann, ist eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vorzulegen.

Zu § 9 Absatz 3 MB/EPV
Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

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

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

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

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

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

Ende der Versicherung

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

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

II.

Zu § 13 Absatz 1 MB/EPV

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

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

Zu § 13 Absatz 2 MB/PPV

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I.

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

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

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

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

II.

Zu § 14 Absatz 1 MB/EPV

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I.

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

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

Zu § 15 Absatz 4 MB/EPV

Abweichend von § 15 Absatz 4 endet auch in der Pflegetagegeldversicherung das Versicherungsverhältnis nicht bereits mit Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland, sondern erst dann, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 11 genannten oder die Schweiz verlegt. Eine Fortsetzung über eine anderweitige Vereinbarung bleibt unberührt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I.

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

§ 17 Gerichtsstand

I.

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I.

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei

Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung -Bedingungsteil- (MB/PPV 2010)

Stand: 01.01.2010, SAP-Nummer: V834, 06.2010

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten sind nicht erstattungsfähig.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

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

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Absatz 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(9) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2010, Tarif PV) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

(11) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PVN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist.

Werden versicherte Personen der Tarifstufe PVN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

(12) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Absatz 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Absatz 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Absatz 1) an.

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages
- a) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr,
- b) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre,
- c) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre,
- d) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre,
- e) in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss,
- f) in der Zeit ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

(3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nummer 1 des Tarifs PV. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Absatz 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 SGB XI abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.

Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nummer 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

(3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,
- a) bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
- b) bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch eine solche Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nummer 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Absatz 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nummer 2.2 des Tarifs PV in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet.

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nummer 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Nummer 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

(7) Versicherte Personen haben gemäß Nummer 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Absatz 6 und 7 SGB V gilt entsprechend.

Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nummer 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

B. Teilstationäre Pflege

(8) Versicherte Personen haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nummer 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Absatz 2 SGB XI sind nicht erstattungsfähig.

(9) Die versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren:

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 v.H. des in Nummer 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen gemäß Nummer 1 des Tarifs PV um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Absatz 8 in Verbindung mit Nummer 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nummer 5 des Tarifs PV je Kalendermonat 50 v.H. des in Nummer 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich das Pflegegeld gemäß Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nummer 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen bei teilstationärer Pflege gemäß Absatz 8 zusammen mit der Kombination von Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 und Pflegegeld gemäß Absatz 2 in Anspruch genommen, bleiben die Leistungen nach Absatz 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 v.H. des in Nummer 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten findet Absatz 5 Satz 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v.H. auszugehen und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

C. Kurzzeitpflege

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Nummer 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder
b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

(11) Versicherte Personen haben gemäß Nummer 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist gemäß Nummer 7.3 des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte.

(12) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nummer 7.1 des Tarifs PV, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und die versicherte Person ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nummer 8 des Tarifs PV. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem vom medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfanges der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt.

Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson

(14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Absatz 1 Nummer 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nummer 9 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
(15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nummer 10 des Tarifs PV.

H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Absatz 1) und teilstationärer Pflege (Absatz 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Nummer 11.1 des Tarifs PV. Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei vollstationärer Pflege (Absatz 11) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nummer 11.2 des Tarifs PV.

Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ferner dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(17) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:
a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
d) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

I. Pflegeberatung
(18) Versicherte Personen haben ab 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Der Anspruch umfasst insbesondere
a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach § 6 Absatz 2,
b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage sowie
e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird. Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
(1) Keine Leistungspflicht besteht:
a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; Aufwendungsersatz gemäß § 4 Absatz 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;
b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:
a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von Ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buchen des Sozialgesetzbuches (SGB XII) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von Ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen

§ 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buchen des Sozialgesetzbuches (SGB XII) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

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

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

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vergleiche § 3) erfüllt ist.

(2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

(4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie

a) nicht nach § 20 Absatz 1 Nummer 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Absatz 3 SGB XI versicherungspflichtig sind,
b) nicht nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht befreit sind,
c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben,
d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV , überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nummer 1, § 8 a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,
d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) – siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

(4) Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.

(5) Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 55 Absatz 1 und 2 SGB XI . Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

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

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

(8) Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflegepflicht-versicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 Euro verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 VVG kündigen.

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

§ 8 a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

§ 8 b Beitragsänderungen

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 v.H., so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Absatz 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vergleiche § 1 Absatz 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.

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

(3) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.

(5) Angleichungen gemäß Absatz 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Absatz 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Absatz 14 erbringt.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Absatz 1 b).

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich schriftlich zu unterrichten.

(6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversichertennummer gemäß § 290 SGB V zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Absatz 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Absatz 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.

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

(3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Absatz 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

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

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

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z.B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI, wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

(2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer ab 1. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 13a Absatz 6 Kalkulationsverordnung an den neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Absatz 3 und 4 VVG kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a SGB XI begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.

(6) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
(1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Absatz 1 Nummer 1, Absatz 3 Nummer 1 SGB XI besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Absatz 5 bleibt unberührt.

(2) In den Fällen des § 9 Absatz 5, § 13 Absatz 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Absatz 4) kündigen.

(3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde.

Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Absatz 1 a) Halbsatz 1.

Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gilt Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

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

§ 17 Gerichtsstand
Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Beitragsrückerstattung
Die aus dem Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26 a Absatz 1 SGB XI

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26 a Absatz 1 SGB XI Gebrauch gemacht haben, gilt folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2010 entfällt die Wartezeit;

2. § 8 Absatz 3 MB/PPV 2010 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;

3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2010
   a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz auf 150 v.H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v.H. des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV , überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nummer 1, § 8 a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.
   Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.
   Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;
   b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

4. § 8 a Absatz 2 MB/PPV 2010 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt folgendes:

In Abweichung von
§ 8 Absatz 5 MB/PPV 2010

a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) – (SGB II) oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.
c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2010) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe
Die Tarifleistungen betragen
100 v.H.
der nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit
Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen für
1. Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ohne bzw. mit einem bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kind
50 v.H.

2. Personen nach Nummer 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern
30 v.H.

3. Personen nach Nummer 1, die sich im Ruhestand befinden
30 v.H.

4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer
30 v.H.

5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen
20 v.H.

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nummer 1 – 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat
a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu **440 Euro**,
b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu **1.040 Euro**,
c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu **1.510 Euro**
erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Absatz 1 SGB XI vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v.H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld
2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat
a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I **225 Euro**,
b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II **430 Euro**,
c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III **685 Euro**.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro, in Pflegestufe III bis zu 31 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Absatz 16) werden für die Beratung bis zu 21 Euro erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson
Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu
1.510 Euro
je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß Nummer 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführten Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in 4 Absatz 7 Satz 1 2. Halbsatz erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu

100 v.H.

erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 v.H. der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu

31 Euro

je Kalendermonat erstattet.

4.3 Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf

2.557 Euro

je Maßnahme begrenzt.

In Tarifstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5. Teilstationäre Pflege

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu **440 Euro,**

5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu **1.040 Euro,**

5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu **1.510 Euro**

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungpflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v.H. der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

1.510 Euro

pro Kalenderjahr ersetzt.

Nummer 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Absatz 10 Satz 3 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 v.H. gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal

a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von
1.023 Euro je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von
1.279 Euro je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von
1.510 Euro je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 3 anerkannt sind, in Höhe von
1.825 Euro je Kalendermonat

erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v.H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Absatz 3 und 4 SGB XI . Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Nummer 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vergleiche § 4 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v.H. des nach § 75 Absatz 3 Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nummer 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Absatz 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536 Euro.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) – Sechstes Buch (VI) – in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen

Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt nach Maßgabe von § 44a SGB XI; ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 130, 345, 347, 349 SGB III gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

a) der teilstationären Pflege,
b) der Kurzzeitpflege,
c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Absatz 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu

100 Euro (Grundbetrag) oder
200 Euro (erhöhter Betrag)

monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Absatz 2 Satz 3) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Absatz 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI .

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Hilfsmittelverzeichnis der PPV	HMV-Nummer
1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	
1.1 Pflegebetten	
– Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
– Pflegebetten, motorisch verstellbar	50.45.01.1000-1999
– Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999
1.2 Pflegebettenzubehör	
– Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
– Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
– Bettgalgen	50.45.02.2000-2999
– Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
– Seitengitter	50.45.02.4000-4999
– Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	
– Einlegerahmen	50.45.03.0001-0999
– Rückenstützen, manuell verstellbar	50.45.03.1000-1999
1.4 Spezielle Pflegebetttische	
– Pflegebetttische	50.45.04.0001-0999
– Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	
– Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett	50.45.06.0001-0999
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung	
– Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-3999
1.7 Pflegerollstühle	
– Pflegerollstühle	50.45.08.0001-0999
Hilfsmittel*	
Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	
– Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	
– Wandlifter	22.40.02.0001-0999
Zubehör für Lifter	
– Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
Umsetz- und Hebehilfen	
– Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
– Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
– Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
Innenraum und Außenbereich	
Schieberollstühle	
– Standard-Schieberollstühle	18.50.01.0001-0999
Treppen	
Treppenfahrzeuge	
– Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
– Treppenraupen	18.65.01.2000-2999
2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	
2.1 Produkte zur Hygiene im Bett	
– Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999
– Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
– Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
– Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
– Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar	51.40.01.4000-4999
2.2 Waschsysteme	
– Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
– Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
– Duschwagen	51.45.01.2000-2999
– Kopfwaschbecken, freistehend	51.45.01.3000-3999
– Hygienesitze	51.45.01.4000-4999
Hilfsmittel*	
Badewannenlifter	
– Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
– Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999

Hilfsmittelverzeichnis der PPV	HMV-Nummer
Badewanneneinsätze	
– Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999
– Badeliegen	04.40.04.1000-1999
Badewannensitze	
– Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
– Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
– Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
– Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
Duschhilfen	
– Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
– Duschhocker	04.40.03.1000-1999
– Duschstühle	04.40.03.2000-2999
Toilettensitze	
– Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
– Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
– Toilettensitze für Kinder	33.40.01.4000-4999
Toilettenstützgestelle	
– Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
– Toilettensitzgestelle	33.40.02.1000-1999
Toilettenstühle	
– Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff	33.40.04.0001-0999
– Feststehende Holztoilettenstühle	33.40.04.1000-1999
– Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999
Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen	
– Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
– Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
Toilettenrollstühle	
– Toilettenrpllstühle	18.46.02.0001-0999
Duschrollstühle	
– Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999
3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität	
3.1 Notrufsysteme	
– Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte	52.40.01.0001-0999
– Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
Hilfsmittel*	
Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung	
– Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen	22.50.01.0001-0999
Gehhilfen	
– Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
– Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
– Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
– Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
– Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
Bettpfosten-/Bettrahmenerhöher	
– Bettpfostenerhöher	ohne
– Bettrahmenerhöher	ohne
4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	
4.1 Lagerungsrollen	
– Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999
– Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999
Hilfsmittel*	
Lagerungskeile	
Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm	20.29.01.0001-3999

Hilfsmittelverzeichnis der PPV		HMV-Nummer
	Sitzhilfen zur Vorbeugung	
	– Sitzkissen aus Weichlagerungs-materialien	11.39.01.0001-3999
	Liegehilfen zur Vorbeugung	
	– Auflagen aus Weichlagerungs-materialien	11.29.01.0001-3999
	– Matratzen aus Weichlagerungs-materialien	11.29.05.0001-2999
5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel		
5.1	**Saugende Bettschutzeinlagen**	
	– Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2	**Schutzbekleidung**	
	– Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
	– Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
	– Mundschutz	54.99.01.2000-2999
	– Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
5.3	**Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**	
	– Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999
	Hilfsmittel*	
	Saugende Inkontinenzvorlagen	
	– Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1	15.25.01.0001-0999
	– Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2	15.25.01.1000-1999
	– Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3	15.25.01.2000-2999
	– Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2	15.25.01.3000-4999
	– Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.01.5000-5999
	Netzhosen für Inkontinenzvorlagen	
	– Netzhose Größe 1/ Netzhose Größe 2	15.25.02.0001-1999
	Saugende Inkontinenzhosen	
	– Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3	15.25.03.0001-2999
	Externe Urinalbleiter	15.25.04.4000-7999
	Urin-Beinbeutel	
	– Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
	Urin-Bettbeutel	
	– Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
	Zubehör für Auffangbeutel	
	– Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007
	– Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009
	– Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010

Hilfsmittel*: Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden; wenn sie pflegerisch notwendig sind.

V-Tarife
Krankheitskostenvollversicherung

Stand:01.05.2010, V110, 03.2010

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB).

I. Versicherungsleistungen

Ambulante Heilbehandlung
Tarife VA 100, VA 110, VA 120, VA 130, VA 140 und VA 150

1. Die erstattungsfähigen Aufwendungen je Kalenderjahr und versicherte Person werden zu 100 % mit nachstehendem Selbstbehalt ersetzt:

	Selbstbehalt	
Tarif	Erwachsene	Kinder und Jugendliche
VA 100	ohne	ohne
VA 110	160 EUR	80 EUR
VA 120	320 EUR	160 EUR
VA 130	640 EUR	320 EUR
VA 140	960 EUR	480 EUR
VA 150	1.500 EUR	750 EUR

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde bzw. in dem die Kosten für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel tatsächlich angefallen sind.

2. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die nachstehenden Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme), soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte und Diplom-Psychologen sowie logopädische Behandlung durch Ärzte und Logopäden jeweils bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers gewährt.
- Leistungen des Heilpraktikers
- Arznei- und Verbandmittel
- Leistungen der Hebamme
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik
- Hilfsmittel und deren Reparatur:
  a) Bandagen, Brillengestelle (bis zu 110 EUR Rechnungsbetrag), Brillengläser, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipsliegeschalen, Gummistrümpfe (Kompressionsstrümpfe und Kompressionsstrumpfhosen), Hörgeräte, Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle (bis zu 1.300 EUR Rechnungsbetrag), künstliche Glieder, Orthesen, orthopädisches Schuhwerk und orthopädische Schuhzurichtungen (bis zu 135 EUR Rechnungsbetrag pro Jahr), Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Inkontinenzartikel, Stomaartikel und Hilfsmittel bei Tracheostoma (außer Absauggeräten, siehe hierzu Buchstabe b), Ernährungs-, Infusions-, Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte.
  b) Nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer
     - Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung, Inhalationsgeräte zur Beatmung; nicht erstattungsfähig sind sonstige Inhalationsgeräte;
     - Absauggeräte bei Tracheostoma
     - Herz-, Atem- und Sauerstoffüberwachungsmonitore
     - Blutgerinnungsmessgeräte.

     Der Versicherer entscheidet unter sachgerechter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Umstände über die Versorgungsform (Kauf, Miete, Reparatur).
  c) Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen, maximal jedoch bis zum Preis für die Neuanschaffung des Hilfsmittels.

3. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nichtversicherten Monat gemindert. Endet die Versicherung während des Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht. Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, gilt ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Selbstbehalt für Erwachsene.

4. Kosten für ambulante Zahnbehandlung sind nicht Gegenstand dieses Tarifes.

Stationäre Heilbehandlung

Tarife VS 110, VS 120 und VS 130

1. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

nach Tarif	**bei Behandlung im**
VS 110	**Einbettzimmer**
VS 120	**Zweibettzimmer**
VS 130	**Drei- und Mehrbettzimmer**

zu 100 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung die Aufwendungen für:

- Krankenhauspflegesatz
- gesondert berechenbare Nebenleistungen (diagnostische und therapeutische Verfahren sowie Medikamente, die nicht im Pflegesatz berücksichtigt sind)
- Leistungen der Hebamme
- medizinisch notwendiger Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer;

nach Tarif VS 110 und VS 120 zusätzlich die Aufwendungen für:

- Unterkunftszuschlag für ein Einbettzimmer (VS 110) bzw. Zweibettzimmer (VS 120) sowie gesonderte Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgerät
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

3. Wird die versicherte Unterbringung nicht in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

	bei Unterbringung im	
Tarif	**Zweibettzimmer**	**Drei- u. Mehrbettzimmer**
VS 110	**25 EUR**	**50 EUR**
VS 120		**25 EUR**

Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes gezahlt.

4. Bei vorübergehenden Auslandsreisen sind die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports aus dem Ausland erstattungsfähig, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson

erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich verordnet ist.
Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung zu deren letztem ständigen Wohnsitz erstattet bis zu 10.320 EUR.

Zahnärztliche Behandlung
Tarif VZ 110

1. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:
a) für Zahnbehandlung zu 100 %
b) für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 80 %
– jedoch im Versicherungsjahr höchstens 4.200 EUR unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen.
– ab dem 6. Versicherungsjahr ohne Höchstsatz wenn ein Heil- und Kostenplan gemäß Ziffer 4 Erstattungsgrundlage ist.

Die Aufwendungen bzw. Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. in dem der Zahnersatz bezogen wurde.
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.

2. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

a) Zahnbehandlung
– operative und konservierende Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe, Arzneien)
– Röntgenaufnahmen der Zähne

b) Zahnersatz und Kieferorthopädie
– Prothetik (z. B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays)
– Zahn- und Kieferregulierungen
– Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie),

soweit die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch zahntechnische Laborarbeiten, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für den Tarif VZ 110 aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten.
Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

3. Erstattungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie wegen eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls werden auf den unter Ziffer 1 Buchstabe b) genannten Höchstsatz nicht angerechnet.

4. Der Heil- und Kostenplan gemäß Ziffer 1 Buchstabe b) muss dem Versicherer vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz und Kieferorthopädie mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag unverzüglich prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekannt geben. Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

5. Der Tarif VZ 110 kann nur in Verbindung mit VA- und VS-Tarifen für ambulante und stationäre Heilbehandlung vereinbart werden. Fällt während der Versicherungsdauer einer der VA- oder VS-Tarife fort, so endet damit auch die Versicherung nach Tarif VZ 110.

II. Beiträge
Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.
Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.
Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten

Stand: 01.05.2003, L72

für die Tarife GE(R), VM 100(A), VM 120, VM 200, VM 240, VZ 110 (A, N), BA 20 (A, N) – BA 90 (A, N), BA 20/65(N), BEZ, VG, BGA-A, BSS, BSB

(die in Klammern angedruckten Buchstaben stehen für die Sonderbedingungen)

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage EUR*
Für alle Tarife	
Modell	6,75
Doublieren	15,95
Platzhalter einfügen	15,95
Verwendung von Kunststoff	15,95
Galvanisieren	15,95
Set-up	9,82
Modell zur Stumpfherstellung/Sägemodell/Einzelstumpfmodell/Modell nach Überabdruck/Set-up-Modell/Fräsmodell	11,04
Lötmodell	9,20
Zahnfleischmaske	11,25
Zahnkranz	5,68
Zahnkranz sockeln	6,75
Fixieren der Bisslage/Modellpaar trimmen	9,82
Fixieren der Bisslage/Einstellen im Fixator	9,82
Einstellen in Mittelwertartikulator	9,82
Modellpaar sockeln	23,93
Basis für Vorbissnahme	11,66
Basis für Konstruktionsbiss	11,66
Basis für Autopolymerisat/individueller Löffel/Funktionslöffel/ Bissregistrierung/Stützstiftregistierung/Aufstellung	28,22
Bisswall	6,75
Individueller Löffel	23,57
Übertragungskappe aus Kunststoff oder Metall	26,38
Provisorische Krone oder provisorisches Brückenglied	34,36
Formteil	20,25
Modellmontage in Mittelwertartikulator	10,74
Modellmontage in individuellem Artikulator	15,19
Remontage-Modell	29,09
Montage eines Gegenkiefermodells	8,59
Einstellen nach Registrat	9,36
Vollkrone Metall	74,24
Krone für Keramikverblendung	74,24
Keramik-/Glaskeramikkrone	177,42
Wurzelstiftkappe	74,24
Vollkrone, Metall nach Stufen- oder Hohlkehlpräparation	84,01
Teilkrone Metall	84,01
Krone für Kunststoffverblendung	84,01
Vorbereiten einer Krone/eines Brückengliedes zur Aufnahme einer Halte- und/oder Stützvorrichtung oder eines Metallbasisteils mit Stützfunktion	15,95
Krone/Brückenglied in vorhandene Halte- und Stützvorrichtung oder in ein vorhandenes Metallbasisteil mit Stützfunktion einarbeiten	15,95
Weitere Maßnahmen bei Krone/Brückenglied: Stiftaufbau in vorhandene Krone einarbeiten	15,95
Modellation gießen	23,93
Stiftaufbau	55,22
Brückenglied	61,92
Keramik-/Glaskeramikbrückenglied	163,10
Mantelkrone Kunststoff	76,69
Mantelkrone Keramik	119,03
Teleskopierende Krone	248,64
Steg	102,31
Steglasche/Stegreiter	54,61
Steggeschiebe individuell	116,57
Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuellesGeschiebe-Prim/Sek Ankerbandklammer-Prim/Sek/Rillen-Schulter-Geschiebe-	211,67

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage EUR*
Prim/Sek	
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung/ Konfektionsgeschiebe/Konfektionsgelenk/Anker/Riegel	125,16
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung/Geschiebe- /Gelenk-/Anker-Riegel-Prim/Sek	83,44
Wiederbefestigen eines Sekundärteiles	83,44
Sonstige konfektionierte Verbindungsvorrichtungen/Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	50,31
Gefrästes Lager	63,20
Schubverteilungsarm	64,99
Drehriegel/Schwenkriegel individuell	190,81
Drehriegel/Schwenkriegel individuell – Wiederherstellung	190,81
Metallverbindung nach keramischen Brand	30,06
Verblendung Kunststoff	55,22
Zahnfleisch aus Kunststoff	18,87
Individuelle Charakterisierung Konfektionszahn Kunststoff	12,78
Verblendung Keramik	94,03
Zahnfleisch aus Keramik	46,12
Keramikschulter	48,57
Individuelle Charakterisierung Keramikverblendung	17,90
Veneers	144,70
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, je Zahn	33,75
Metallbasis	144,18
Einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgehungsbügel	13,50
Zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/Rücklaufklammer Bonyhardklammer/Gegenlager/Doppelbogenklammer	23,93
Zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhard-klammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	35,59
Bonwillklammer	47,86
Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufläche	44,79
Lösungsknopf für Friktionsprothese	18,41
Unterfüllbarer Abschlussrand einer totalen Oberkiefer-Metallbasis	21,47
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	22,24
Aufstellung Grundeinheit, je Kiefer	44,33
Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,45
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,27
Übertragung einer Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,45
Fertigstellung einer Prothese, Grundeinheit, je Kiefer	54,61
Fertigstellung einer Prothese, je Zahn	4,29
Einarmige gebogene Klammer/gebogene Inlay-klammer/gebogene Interdental-Knopfklammer/gebogene Approximalklammer/gebogene Auflage	11,66
Bonyhardklammer/ohne Auflage	11,66
Zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage	17,79
Überwurfklammer, gebogen, Doppelbogen- klammer, gebogen	17,79
Verarbeitung von Sonderkunststoff/Weichkunststoff	100,01
Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	39,27
Herstellung eines Zahnes/Kunststoff/ Zahnfarben hinterlegt	39,27
Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer Prothese	24,08
Leistungseinheit/Sprung/Bruch/Einarbeiten eines Zahnes/Basisteil Kunststoff Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten/Rückenschutz-platte	9,20

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage EUR*
einarbeiten Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	
Retention, gebogen	49,70
Retention, gegossen	61,36
Gegossenes Basisteil	76,69
Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung	25,77
Teilunterfütterung	44,79
Vollständige Unterfütterung	61,36
Basis erneuern	74,85
Wiederherstellung eines konfektionierten Sekundärteiles	90,14
Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	79,25
Auswechseln Konfektionsteil	28,53
Reparatur einer Krone oder eines Brückengliedes	40,49
Versandkosten	4,29
Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier (NEM) Legierung	12,27
Zusätzlich für die Tarife GE(R), VM 100(A), VM 120, VM 200, VM 240, VZ 110(A, N), BA 20(A, N), BA 90(A, N), BA20/65(N), BEZ, VG, BGA-A	
Inlay einflächig (Gussfüllung)	76,69
Inlay zweiflächig (Gussfüllung)	76,69
Inlay dreiflächig (Gussfüllung)	84,36
Inlay mehrflächig (Gussfüllung)	84,36
Gussonlay	84,36
Keramik-/Glaskeramikinlay einflächig	177,42
Keramik-/Glaskeramikinlay zweiflächig	177,42
Keramik-/Glaskeramikinlay dreiflächig	185,60
Keramik-/Glaskeramikinlay mehrflächig	185,60
Keramik-/Glaskeramikonlay	185,60
Kunststoffinlay einföächig	66,47
Kunststoffinlay zweiflächig	71,58
Kunststoffinlay dreiflächig	74,14
Kunststoffinlay mehrflächig	79,25
Zusätzlich für die Tarife GE(R), VM 100(A), VM 120, VM 200, VM 240, VZ 110(A, N), BA 20(A, N), BA 90(A, N), BA20/65(N), BEZ	
Implantat als Basis für eine Einzelkrone einschließlich aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile	291,44
zwei Implantate als Basis für eine Deckprothese einschließlich Steg und Stegleiter und aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile	703,03
Zusätzlich für die Tarife VM 100(A), VM 120, VM 200, VM 240, VZ 110(A, N), BA 20(A, N) – BA 90(A, N), BA 20/65(N), BEZ, VG, BGA-A	
Aufbissschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	124,55
Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-Verschlussplatte	74,24
Umarbeiten Aufbissbehelf	51,54
Schiene adjustiert, je Zahn	11,66
Dauerschiene adjustiert	183,45
Basis für Einzelkiefergerät	57,06
Basis für bimaxilläres Gerät	120,87
Schiefe Ebene	47,24
Vorhofplatte	63,81
Kinnkappe	57,06
Aufbiss	11,66
Abschirmelement	19,63
Weichkunststoff	52,56
Schraube einarbeiten	17,18
Spezialschraube einarbeiten	25,77
Trennen einer Basis	7,36
Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	22,09
Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	28,22
Labialbogen intramaxillär	33,75
Feder, offen	9,82
Feder, geschlossen	12,27
Verbindungselement intramaxillär	25,77
Verbindungselement intermaxillär	28,22
Verankerungselement	23,31
Einzelelement einarbeiten	12,27
Metallverbindung	17,18
Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	10,43

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage EUR*
Retention, gebogen	49,70
Retention, gegossen	61,36
Gegossenes Basisteil	76,69
Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung	25,77
Teilunterfütterung	44,79
Vollständige Unterfütterung	61,36
Basis erneuern	74,85
Wiederherstellung eines konfektionierten Sekundärteiles	90,14
Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	79,25
Auswechseln Konfektionsteil	28,53
Reparatur einer Krone oder eines Brückengliedes	40,49
Versandkosten	4,29
Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier (NEM) Legierung	12,27
Zusätzlich für die Tarife GE(R), VM 100(A), VM 120, VM 200, VM 240, VZ 110(A, N), BA 20(A, N), BA 90(A, N), BA20/65(N), BEZ, VG, BGA-A	
Inlay einflächig (Gussfüllung)	76,69
Inlay zweiflächig (Gussfüllung)	76,69
Inlay dreiflächig (Gussfüllung)	84,36
Inlay mehrflächig (Gussfüllung)	84,36
Gussonlay	84,36
Keramik-/Glaskeramikinlay einflächig	177,42
Keramik-/Glaskeramikinlay zweiflächig	177,42
Keramik-/Glaskeramikinlay dreiflächig	185,60
Keramik-/Glaskeramikinlay mehrflächig	185,60
Keramik-/Glaskeramikonlay	185,60
Kunststoffinlay einföächig	66,47
Kunststoffinlay zweiflächig	71,58
Kunststoffinlay dreiflächig	74,14
Kunststoffinlay mehrflächig	79,25
Zusätzlich für die Tarife GE(R), VM 100(A), VM 120, VM 200, VM 240, VZ 110(A, N), BA 20(A, N), BA 90(A, N), BA20/65(N), BEZ	
Implantat als Basis für eine Einzelkrone einschließlich aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile	291,44
zwei Implantate als Basis für eine Deckprothese einschließlich Steg und Stegleiter und aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile	703,03
Zusätzlich für die Tarife VM 100(A), VM 120, VM 200, VM 240, VZ 110(A, N), BA 20(A, N) – BA 90(A, N), BA 20/65(N), BEZ, VG, BGA-A	
Aufbissschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	124,55
Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-Verschlussplatte	74,24
Umarbeiten Aufbissbehelf	51,54
Schiene adjustiert, je Zahn	11,66
Dauerschiene adjustiert	183,45
Basis für Einzelkiefergerät	57,06
Basis für bimaxilläres Gerät	120,87
Schiefe Ebene	47,24
Vorhofplatte	63,81
Kinnkappe	57,06
Aufbiss	11,66
Abschirmelement	19,63
Weichkunststoff	52,56
Schraube einarbeiten	17,18
Spezialschraube einarbeiten	25,77
Trennen einer Basis	7,36
Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	22,09
Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	28,22
Labialbogen intramaxillär	33,75
Feder, offen	9,82
Feder, geschlossen	12,27
Verbindungselement intramaxillär	25,77
Verbindungselement intermaxillär	28,22
Verankerungselement	23,31
Einzelelement einarbeiten	12,27
Metallverbindung	17,18
Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	10,43

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage EUR*
Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	17,79
Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfs	24,08
Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement	9,20
Remontieren eines KFO-Geräts	51,54

*zuzüglich der jeweils gültigen MwSt.

CompactPRIVAT - Optimal
Krankheitskostenvollversicherung
Tarif CompactPRIVAT – Optimal 250 / 600 / 1200

Stand: 01.01.2009, V462

Die Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die AVB/VT - Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein absoluter Selbstbehalt von insgesamt
250 EUR im Tarif CompactPRIVAT – Optimal 250
600 EUR im Tarif CompactPRIVAT – Optimal 600
1.200 EUR im Tarif CompactPRIVAT – Optimal 1200
abgezogen.

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für
a) ärztliche Behandlungen (Psychotherapie nach Ziffer I. 1.3 a), künstliche Befruchtung nach Ziffer I. 1.1 e))
b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
c) Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
d) Hebammen bei ambulanter Entbindung
e) künstliche Befruchtung.
Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt hat. Ohne vorherige schriftliche Zusage besteht kein Erstattungsanspruch.
Eine schriftliche Zusage ist nur dann möglich, wenn
– nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen wurde und
– nicht bereits ein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt wurde und der Versicherer hierfür Leistungen erbracht hat und
– die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zu Beginn der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet haben und
– es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg handelt.

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen höchstens
– 3 Inseminationen
und
– 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder
3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI).

1.2 Erstattungsfähig sind zu **90 %** die Kosten für Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000 EUR im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %.**

1.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für
a) vom Arzt oder in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871)
b) den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung
c) Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten und Logopäden nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage)
d) Behandlungen durch einen Heilpraktiker im Rahmen der GebüH.

1.4 Von der Schulmedizin abweichende Untersuchungs-, Behandlungsmethoden und Arzneimittel (Alternative Medizin), die zur Heilbehandlung angewendet werden, sind im Rahmen des Tarifes erstattungsfähig, wenn sich die Methoden und Arzneimittel in der Praxis Erfolg versprechend bewährt haben.

1.5 Ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort werden nur dann erstattet, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung benötigt.
§ 5 Teil II 1 e) AVB/VT gilt nicht.

2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für Brillengläser, -fassung und Kontaktlinsen bis zu insgesamt 200 EUR pro Kalenderjahr.

2.2 Erstattungsfähig sind zu **90 %** bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000 EUR im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**, die Kosten für
– Hörhilfen in angemessener Ausführung
– Krankenfahrstühle in angemessener Ausführung
– Prothesen
– Miete einer Heimniere einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten
– Insulinpumpen
– Absauggeräte, Blutzuckermessgeräte
– Atmungsmonitore, Beatmungsgeräte
– Orthesen, Gehstützen, Gummistrümpfe, Schuheinlagen
– ein Paar serienmäßig nicht herstellbare orthopädische Maßschuhe einmal im Kalenderjahr
– orthopädische Leibbinden und Bandagen, soweit sie in einem orthopädischen Fachgeschäft bezogen wurden
– Schwangerschaftsleibbinden, Bruchbänder
– Anus praeter-Bandagen einschließlich Beutel
– Liegeschalen, Nachtschienen, Korrekturschienen.

2.3 Hilfsmittel-Management:
Wird eines der folgenden Hilfsmittel über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen, so sind die hierfür anfallenden Kosten zu **100 %** erstattungsfähig:
– Atmungsmonitore
– Beatmungsgeräte inklusive Sauerstoffgeräte und Schlafapnoegeräte
– Krankenfahrstühle.

3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus (mit Ausnahme von Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsbehandlungen, vergleiche jedoch Ziffer I. 4.) sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für
a) allgemeine Krankenhausleistungen.
Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Sozialgesetzbuch V.
In Krankenhäusern, die weder nach dem Krankenhausentgeltgesetz noch nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen.
b) Beleg- und Wahlärzte, Beleghebammen.
c) Unterkunft im Zweibettzimmer.
Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer erstattet.
d) Entbindungen im Entbindungsheim
e) ambulante Operationen im Krankenhaus.

Das in Ziffer I. 3.2 vorgesehene Krankenhaustagegeld entfällt.

f) den medizinisch notwendigen Transport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
g) überwiegend psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I. 3.1 a), b) und c) bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr, ab dem 43. Tag zu **50 %**.
Das in Ziffer I. 3.2 vorgesehene Krankenhaustagegeld entfällt.

3.2 Werden gleichzeitig die Unterkunft im zuschlagspflichtigen Zweibettzimmer und die wahlärztlichen Leistungen nach Ziffer I. 3.1 b) und c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR erstattet.

4. Kur, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung
Bei einer ärztlich verordneten Kur-, Sanatoriums-, oder Rehabilitationsbehandlung werden die nachgewiesenen Arzt- und Kurmittelkosten mit bis zu 500 EUR einmalig in drei Kalenderjahren bezuschusst. Dabei wird zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten vom Beginn der Behandlung, für die Leistungen beantragt werden, zurückgerechnet.

5. Zahnbehandlung
5.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

a) diagnostische und anästhetische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen)
b) Heil- und Kostenpläne (auch für Zahnersatz und Kieferorthopädie)
c) prophylaktische Leistungen
d) chirurgische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen)
e) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
f) konservierende Leistungen einschließlich Gussfüllungen (Inlays) in metallischer Ausführung sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage), nicht jedoch Kronen.

5.2 Bei Gussfüllungen (Inlays) ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

6. Zahnersatz
6.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz werden bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.500 EUR zu **80 %**, darüber hinaus zu **65 %** je Kalenderjahr ersetzt.
Erstattungsfähig sind

a) Kronen und Brücken in metallischer Ausführung (mit Verblendung bis zum Zahn 5)
b) prothetische Leistungen
c) Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
e) zahntechnische Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage).

6.2 In den ersten drei Kalenderjahren werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz aus einem Rechnungsbetrag bis zu insgesamt 3.000 EUR ersetzt. Diese Begrenzung entfällt bei Unfall.

6.3 Bei Zahnersatz ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

7. Kieferorthopädie
7.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage).

7.2 Bei Kieferorthopädie ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

8. Selbstbehalt
8.1 Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein absoluter Selbstbehalt von insgesamt
250 EUR im Tarif CompactPRIVAT - Optimal 250
600 EUR im Tarif CompactPRIVAT - Optimal 600
1.200 EUR im Tarif CompactPRIVAT - Optimal 1200
abgezogen.

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

8.2 Beginnt die Versicherung nicht zum Beginn des Kalenderjahres, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert.

8.3 Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Arzt- und Zahnarztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ und GOZ bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Absatz 1 AVB/VT berechtigt, das Heilmittelverzeichnis, das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten sowie das Verzeichnis der über das Hilfsmittel-Management beziehbaren Hilfsmittel (siehe Ziffer I. 2.3) mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

3. Abweichend von § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT gilt Folgendes:
Werden in einem Geschäftsjahr lediglich Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 001, 100 bis 102, 200, 405, 406) erstattet, gelten die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT bezüglich des Anspruches auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung als erfüllt.

4. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit
4.1 Versicherungsfähig nach den Tarifen CompactPRIVAT – Start und CompactPRIVAT – Optimal sind berufstätige Personen, deren ausgeübter Beruf im Berufsgruppenverzeichnis (siehe Anlage) enthalten ist. Dabei ist der zeitlich überwiegend ausgeübte Beruf maßgebend. Mitversichert werden können in diesen Tarifen, zum Beitrag für die Berufsgruppe B, deren nicht berufstätige Ehegatten und nicht berufstätige Kinder.

4.2 Die Versicherungsfähigkeit einer berufstätigen versicherten Person endet, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit aufgibt - außer wegen Rentenbezug, Bezug von Arbeitslosengeld oder Erziehung eigener Kinder - oder wenn sie eine Tätigkeit aufnimmt bzw. in eine wechselt, die nicht in dem Berufsgruppenverzeichnis enthalten ist. Mit Ende der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung in einen Tarif mit gleichartigen Leistungen übergeleitet. Diese Überleitung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung, soweit der neue Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist.

4.3 Endet die Versicherung der berufstätigen Person in den Tarifen CompactPRIVAT – Start oder CompactPRIVAT – Optimal, so können nicht berufstätige mitversicherte Ehegatten und Kinder in diesen Tarifen versichert bleiben.

4.4 Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person während der Vertragslaufzeit zwischen Berufsgruppe A und B richtet sich der Beitrag nach der jeweils zutreffenden Berufsgruppe.

4.5 Nimmt eine nicht berufstätige versicherte Person eine im Berufsgruppenverzeichnis (siehe Anlage) enthaltende Tätigkeit auf, so richtet sich der Beitrag nach der zutreffenden Berufsgruppe.
Nimmt sie eine anderweitige Tätigkeit auf, so wird die Versicherung in einen Tarif mit gleichartigen Leistungen übergeleitet. Diese Überleitung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung, soweit der neue Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist.

5. Obliegenheiten
5.1 Neben den Tarifen CompactPRIVAT – Start und CompactPRIVAT – Optimal ist eine weitere Krankheitskostenversicherung bei der UKV oder einer anderen privaten Krankenversicherung nicht zulässig.
Dies gilt jedoch nicht für diejenigen Tarife der UKV, die ausdrücklich zur Ergänzung des Tarifs CompactPRIVAT – Start bzw. CompactPRIVAT – Optimal angeboten werden.

Wird diese Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Versicherungsvertragsgesetz von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

5.2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer das Ende der Versicherungsfähigkeit sowie den Wechsel, die Aufnahme oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

III. Beiträge

1. Die vorstehende Leistungsbeschreibung ist in Verbindung mit den nach Berufsgruppe A und B getrennt kalkulierten Beiträgen jeweils ein Tarif.

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte

Berufsgruppenverzeichnis für die Tarife CompactPRIVAT - Start und CompactPRIVAT – Optimal

Die aufgelisteten Berufsgruppen entsprechen dem offiziellen Verzeichnis der Bundesagentur für Arbeit.

Versicherbar sind nach Gruppe A

Schlüssel	Freiberufler, Gewerbetreibende
1	Landwirte
2	Tierzüchter, Fischereiberufe
3	Verwalter, Berater in der Landwirtschaft und Tierzucht
4	Landwirtschaftliche Arbeitskräfte, Tierpfleger
5	Gartenbauer
6	Forst- und Jagdberufe
10	Steinbearbeiter
11	Baustoffhersteller
12	Keramiker
13	Glasmacher
14	Chemiearbeiter (Ausnahme Kokereiarbeiter)
15	Kunststoffverarbeiter
16	Papierhersteller, -verarbeiter
17	Drucker
18	Holzaufbereiter, Holzwarenfertiger und verwandte Berufe
20	Former, Formgießer
21	Metallverformer (spanlos)
22	Metallverformer (spanend)
23	Metalloberflächenbearbeiter, -vergüter, -beschichter
24	Metallverbinder
26	Feinblechner, Installateure
27	Schlosser
28	Mechaniker
29	Werkzeugmacher
30	Metallfeinbauer und zugeordnete Berufe
31	Elektriker
32	Montierer und Metallberufe, a.n.g.
33	Spinnberufe
34	Textilhersteller
35	Textilverarbeiter
36	Textilveredler
37	Lederhersteller, Leder- und Fellverarbeiter
39	Back-, Konditorwarenhersteller
40	Fleisch-, Fischverarbeiter
41	Speisenbereiter
42	Getränke-, Genussmittelhersteller
43	Übrige Ernährungsberufe
48	Bauausstatter
49	Raumausstatter, Polsterer
50	Tischler, Modellbauer
51	Maler, Lackierer und verwandte Berufe
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher
54	Maschinisten und zugehörige Berufe
60	Ingenieure
61	Chemiker, Physiker, Mathematiker
62	Techniker
63	Technische Sonderfachkräfte
68	Warenkaufleute
69	Bank-, Versicherungskaufleute
70	Andere Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe
71	Berufe des Landverkehrs
72	Berufe des Wasser- und Luftverkehrs
73	Berufe des Nachrichtenverkehrs
74	Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter
75	Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer
76	Abgeordnete, administrativ entscheidende Berufstätige
77	Rechnungskaufleute, Datenverarbeiter
78	Bürofach-, Bürohilfskräfte
79	Dienst-, Wachberufe
80	Sicherheitswahrer
81	Rechtswahrer, -berater
82	Publizisten, Dolmetscher, Bibliothekare
83	Künstler und zugeordnete Berufe
84	Ärzte, Apotheker
85	Übrige Gesundheitsdienstberufe
86	Sozialpflegerische Berufe
87	Lehrer
88	Geistes- und naturwissenschaftliche Berufe, a.n.g.
89	Seelsorger
90	Körperpfleger
91	Gästebetreuer (ausgenommen Barbesitzer/-angestellte und Prostituierte)
92	Hauswirtschaftliche Berufe
93	Reinigungsberufe
Schlüssel	**Arbeitnehmer**
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher
61	Chemiker, Physiker, Mathematiker
72	Berufe des Wasser- und Luftverkehrs
73	Berufe des Nachrichtenverkehrs
76	Abgeordnete
89	Seelsorger

Versicherbar sind nach Gruppe B

Schlüssel	Freiberufler, Gewerbetreibende
98	Arbeitskräfte mit noch nicht bestimmtem Beruf
Schlüssel	**Arbeitnehmer**
1	Landwirte
2	Tierzüchter, Fischereiberufe
3	Verwalter, Berater in der Landwirtschaft und Tierzucht
4	Landwirtschaftliche Arbeitskräfte, Tierpfleger
5	Gartenbauer
6	Forst- und Jagdberufe
10	Steinbearbeiter
12	Keramiker
13	Glasmacher
14	Chemiearbeiter (Ausnahme Kokereiarbeiter)
15	Kunststoffverarbeiter
16	Papierhersteller, -verarbeiter
17	Drucker
18	Holzaufbereiter, Holzwarenfertiger und verwandte Berufe
21	Metallverformer (spanlos)
22	Metallverformer (spanend)
23	Metalloberflächenbearbeiter, -vergüter, -beschichter
24	Metallverbinder
26	Feinblechner, Installateure
27	Schlosser
28	Mechaniker
29	Werkzeugmacher
30	Metallfeinbauer und zugeordnete Berufe
31	Elektriker
32	Montierer und Metallberufe, a.n.g.
33	Spinnberufe
34	Textilhersteller
35	Textilverarbeiter
37	Lederhersteller, Leder- und Fellverarbeiter
39	Back-, Konditorwarenhersteller
40	Fleisch-, Fischverarbeiter
41	Speisenbereiter
42	Getränke-, Genussmittelhersteller
43	Übrige Ernährungsberufe
48	Bauaustatter
49	Raumausstatter, Polsterer
50	Tischler, Modellbauer
51	Maler, Lackierer verwandte Berufe
54	Maschinisten und zugehörige Berufe
60	Ingenieure
62	Techniker
63	Technische Sonderfachkräfte
68	Warenkaufleute
69	Bank-, Versicherungskaufleute
70	Andere Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe
71	Berufe des Landverkehrs
74	Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter
75	Organisatoren, Wirtschaftsprüfer
77	Rechnungskaufleute, Datenverarbeiter
78	Bürofach-, Bürohilfskräfte

79	Dienst-, Wachberufe
80	Sicherheitswahrer
81	Rechtswahrer, -berater
82	Publizisten, Dolmetscher, Bibliothekare
83	Künstler und zugeordnete Berufe
84	Ärzte, Apotheker
85	Übrige Gesundheitsdienstberufe
86	Sozialpflegerische Berufe
87	Lehrer
88	Geistes- und naturwissenschaftliche Berufe, a.n.g.
90	Körperpfleger
91	Gästebetreuer (ausgenommen Barbesitzer/-angestellte und Prostituierte)
92	Hauswirtschaftliche Berufe
93	Reinigungsberufe
98	Arbeitskräfte mit noch nicht bestimmtem Beruf (ausgenommen Arbeitslose)

Nicht versicherbar sind

Schlüssel	Freiberufler, Gewerbetreibende
7	Bergleute
8	Mineral-, Erdöl-, Erdgasgewinner
9	Mineralaufbereiter
19	Metallerzeuger, Walzer
25	Schmiede
44	Maurer, Betonbauer
45	Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer
46	Straßen-, Tiefbauer
47	Bauhilfsarbeiter
53	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeit
99	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeit

Schlüssel	Arbeitnehmer
7	Bergleute
8	Mineral-, Erdöl-, Erdgasgewinner
9	Mineralaufbereiter
11	Baustoffhersteller
19	Metallerzeuger, Walzer
20	Former, Formgießer
25	Schmiede
36	Textilveredler
44	Maurer, Betonbauer
45	Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer
46	Straßen-, Tiefbauer
47	Bauhilfsarbeiter
53	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeit
99	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeit

Heilmittelverzeichnis und Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der Tarife CompactPRIVAT - Optimal

Stand: 01.01.2007, V463

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Atemtherapie (Atmungsbehandlung) (einschließlich aller unterstützender Maßnahmen, einzeln)	17,90
Bäder	
Absteigendes	
– Teilbad, z. B. Hauffe	11,25
– Vollbad - Überwärmungsbad	18,41
Ansteigendes	
– Teilbad, z. B. Hauffe	11,25
– Vollbad - Überwärmungsbad	18,41
Dauerbrause	18,41
Hydroelektrisches Vollbad (auch mit Zusatz)	20,45
Medizinisches Bad	
– Teilbad, wie z. B. Hand-, Fußbad (mit Zusatz wie z. B.: vegetabilische Extrakte, ätherische Öle)	6,14
– Halbbad mit Zusatz	16,87
– Sitzbad mit Zusatz	12,27
– Vollbad mit Zusatz	16,87
weitere Zusätze, je Zusatz	3,07
Stangerbad (auch mit Zusatz)	20,45
Ergotherapie	
– sensomotorische und perzeptive Störungen(einzeln; mindestens 45 min)	38,35
– sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung am Zentralnervensystem (einzeln; mindestens 45 min)	38,35
Hausbesuch (ärztlich verordnet)	8,18
Inhalationstherapie	
– einzeln (auch mit Ultraschallvernebler)	6,14
– in der Gruppe	3,07
Kältetherapie	
Direkte Abreibung (mit Eis)	9,20
Eisanwendungen	9,20
Eisbeutel	9,20
Kältebehandlung	9,71
Kaltgas	9,71
Kaltluft	9,71
Kompressionsbehandlung	
einer Extremität	8,18
mehrerer Extremitäten	8,18
Krankengymnastik	
Apparative isokinetische Muskelfunktions-	
– diagnostik (Eingangs- und Abschlusstest einschließlich Dokumentationen) jeweils:	67,49
– therapie	12,78
Bewegungsbad	
– Krankengymnastik (einzeln)	21,99
– Krankengymnastik (Gruppe)	10,74
(alles einschließlich der erforderlichen Nachruhe)	
Bewegungsübungen	7,67
Bobath Krankengymnastik	31,70
Extensionsbehandlung	
– normal (z. B. Glissonschlinge)	4,60
– mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät)	7,16
Komplextherapie	
– ambulante Reha-Maßnahmen mit verschiedenen physikalischen Maßnahmen	81,81
Krankengymnastik:	
– Atemtherapie einzeln	17,90
– im Bewegungsbad (einschließlich Nachruhe)	
– einzeln	21,99
– in der Gruppe	10,74
– nach Bobath	31,70
– in der Gruppe	6,14
– Ganzbehandlung	

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
– einzeln (auch auf neurophysiologischer Grundlage)	17,90
– auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen (einzeln mindestens 30 min) inkl. Massage	31,70
– auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen bis inkl. 14 Jahre (einzeln mindestens 45 min)	31,70
– Teilbehandlung (einzeln)	17,90
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen (mindestens 30 min)	20,45
Muskelaufbautraining (krankengymnastische Ganzbehandlung einzeln)	17,90
Orthopädisches Turnen in der Gruppe	6,14
Vojta Krankengymnastik	31,70
Lichttherapie	
Glühlicht	
– ein Körperteil	5,11
– mehrere Körperteile	5,62
Infrarot-Behandlung	5,11
Quarzlampendruckbestrahlung	
– eines Feldes	6,14
– mehrerer Felder	9,71
Ultraviolettlicht	
– einzeln	3,58
– in der Gruppe	2,56
– Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks	3,58
– Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke	5,11
Massagen	
Akupunktmassage	12,78
Colonmassage	12,78
Großmassage (z. B. Massage beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Rückens)	12,78
Lymphdrainage - manuell nach Dr. Vodder	
– Großbehandlung mindestens 30 min	17,90
– Ganzbehandlung mindestens 45 min	27,10
Apparative Kompressionstherapie je Sitzung	8,18
Teilmassage (Massage einzelner Körperteile, z. B. eines Beines)	12,78
Bindegewebsmassage	12,78
Reflexzonenmassage	12,78
Nervenpunktmassage	12,78
Periostmassage	12,78
Penzelmassage (Akupunktmassage)	12,78
Spezialmassage	12,78
Querfriktionsmassage	12,78
Rhythmische Massage	12,78
Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt von mindestens 400 l, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	20,45
Packungen	
Einmalpackung (ohne Verwendung einer Folie) z. B. Einmalpeloide, Fangopackung Natur, Heilerdepackung, Naturmoor, Schlammpackung, Schlickpackung	
– Teilpackung	18,41
– Großpackung	26,08
– Kaltpackung	14,32
Fangopackung - wiederverwendbar	11,25
Heublumensack	8,69
Kaltpackung (Anwendung von Lehm, Quark, Kühlsprays)	7,16
Moorpackung eines oder mehrerer Körperteile	11,25
Paraffinpackung auch mehrerer Körperteile	11,25
Parapack-Wärmetherapie (Schaumpackung)	26,08
Schwitzpackung, wie z. B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp	13,80
Sprachtherapie	

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Funktionelle Entwicklungstherapie bei motorischen Ausfallerscheinungen des Sprachbereichs (Einzelbehandlung, mindestens 30 min)	33,75
Stimmübungsbehandlung mindestens 30 min (einschließlich aller dazugehöriger Maßnahmen, Einzelbehandlung)	29,14
Logopädie	
– Behandlungsplanung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen mit standardisierten Verfahren (einmal je Behandlungsfall)	46,02
– Erstgespräch (mit Behandlungsplanung und -besprechung; einmal je Behandlungsfall)	29,14
– Funktionelle Entwicklungstherapie bei motorischen Ausfallerscheinungen der Sprachbereiche (einzeln; mindestens 30 min)	33,75
–sensomotorische Behandlung zentraler Sprachstörungen einschließlich dazugehöriger psychotherapeutischer, atemgymnastischer und sedierender Maßnahmen(einzeln; mindestens 45 min)	38,35
– Stimmtherapie bei Kehlkopflosen	38,35
– Sprachübungsbehandlung (einschließlich aller dazugehöriger Maßnahmen)	
– einzeln, mindestens 30 min	29,14
– einzeln, mindestens 45 min	38,35
– einzeln, mindestens 60 min	48,06
– Sprachübungsbehandlung ggf. mit Eltern (in der Gruppe; mindestens 40 min)	14,83
Elektrotherapie	
Dezimeterwellen-Behandlung	6,14
Diadynamischer Strom	6,14
Elektrogymnastik bei Lähmungen	12,78
Galvanisation	6,14
Hochfrequente Ströme	6,14
Interferenzstrom	6,14
Iontophorese	6,14
Kurzwellen-Behandlung	6,14
Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen	12,78
Niederfrequente Ströme	6,14
Phonophoresebehandlung	6,14
Mikrowellen-Behandlung	6,14
Reizstrom	6,14
Vierzellenbad (Elektrotherapie)	10,23
Zweizellenbad (Elektrotherapie)	10,23
Wärmetherapie	
Heiße Rolle	9,71
Heißluftbehandlung	
– eines Körperteils	5,11
– mehrerer Körperteile	5,62
Strahler (Wärmebehandlung)	5,11
Ultraschallbehandlung	6,14
Wärmeanwendung	5,11

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck galvanisieren	13,29
Dowel-Pin setzen	3,07
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	13,29
Frässockel	9,20
Hilfsteil in Abdruck	13,29
Kontrollmodell	5,62
Kunststoffstümpfe	13,29
Lötmodell aus feuerfester Masse	5,62
Metallarmierung für provisorische Versorgung	28,63
Metallprovisorium verblenden, einfarbig und mehrfarbig	28,63
Modell, angeliefertes, untersockeln	5,62
Modell aus Hartgips oder Superhartgips oder feuerfester Masse	5,62
Modell aus Kunststoff	18,92
Modell für Einzelstümpfe	9,20
Modell für Facette oder Modellguss	5,62
Modell für Sägesegmente	9,20
Modell nach Abformgerät oder Funktionsabdruck	5,62
Modellergänzung aus Kunststoff	13,29
Modellmontage in individuellen Artikulator I / II / III	8,18
Modellmontage in Mandibular-Positions-Variator (MPV)	8,18
Modellmontage in Mittelwertartikulator I / II	8,18
Modellpaar sockeln, dreidimensional/ Kunststoff-Form	19,94
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	8,18
Modellpaar in Gipssockel fixieren	8,18
Montage eines Gegenkiefermodelles	8,18
Montage eines Modellpaares in Fixator	8,18
Okklusionsmodell	5,62
Okklusionsmodell für Sägesegmente	9,20
Remontagemodell	18,92
Sägemodell / Set-up Modell	9,20
Set-up, je Zahn	8,18
Spezialmodell	5,62
Split-Cast-Sockel an Modell	5,62
Stumpfabdruck galvanisieren	13,29
Stumpfmodell aus Metall, für galvanischen Aufbau	9,20
Teilmodell aus feuerfester Masse	5,62
Zahnkranz ausgießen	5,62
Herstellen von individuellen Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	9,71
Basis aus Kunststoff, bei Defektversorgung	18,92
Bisswall aus Kunststoff auf Basis	5,62
Bisswall aus thermoplastischem Material, oder Wachs auf Basis	5,62
Bisswall, folienbeschichtet, nach Schreinemakers, auf Basis	5,62
Formteil für provisorische Versorgung	16,87
Funktionslöffel aus Kunststoff / oder All Oral	18,92
Individueller Löffel aus Kunststoff	18,92
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, aus Kunststoff	28,63
Registrierplatte und -stift auf Basen	5,62
Spezialbissplatte	9,71
Tiefziehteil	16,87
Vorwall	12,27
Herstellen von festsitzendem Zahnersatz	
Auflage an Brückenglied	11,76
Angelieferte Modellation gießen	19,94
Anker gefräst, oder gegossen für Klebebrücke	70,05
Brückenglied aus Keramik, oder Kunststoff, massiv	50,11
Brückenglied, gefräst, massiv	50,11
Brückenglied, gegossen, massiv, auch für Kunststoffverblendung	50,11
Brückenglied, gegossen, oder gefräst für Keramik- oder Polymerglas- Teilverblendung	50,11
Brückenglied, gegossen, oder gefräst für Keramik- oder Polymerglas- Vollverblendung	50,11
Dreiviertelkrone, gefräst	70,05
Dreiviertelkrone, gegossen aus Metall	70,05
Dreiviertelkrone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Verblendung	70,05

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Dreiviertelkrone, erodiert für Keramik- oder Polymerglasverblendung	70,05
Galvanokrone für Verblendung	70,05
Glasbrückenglied, gegossenes zur Keramikverblendung	50,11
Glaskrone, gegossen zur Keramikverblendung inkl. Verblendung	99,19
Glasonlay, gegossenes	92,03
Glasstiftaufbau, gegossen	46,02
Gussinlay, indirekt, einflächig	71,58
Gussinlay, indirekt, zweiflächig	81,81
Gussinlay, indirekt, dreiflächig oder mehrflächig oder Gussonlay	92,03
Stift in Inlay zum Pinledge	10,23
Halbkrone, erodiert oder gefräst oder gegossen	70,05
Hartkernstiftaufbau	46,02
Inlay aus Keramik, einflächig auch gefräst	71,58
Inlay aus Keramik, zweiflächig auch gefräst	81,81
Inlay aus Keramik, dreiflächig oder mehrflächig oder Onlay auch gefräst	92,03
Inlay aus gegossenem Glas oder Kunststoff, einflächig	71,58
Inlay aus gegossenem Glas oder Kunststoff, zweiflächig	81,81
Inlay aus gegossenem Glas oder Kunststoff, dreiflächig oder mehrflächig	92,03
Inlay aus Polymerglas oder Presskeramik, einflächig	71,58
Inlay aus Polymerglas oder Presskeramik, zweiflächig	81,81
Inlay aus Polymerglas oder Presskeramik, dreiflächig oder mehrflächig	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut, einflächig, inkl. Verblendung	71,58
Inlay galvanisch aufgebaut, zweiflächig, inkl. Verblendung	81,81
Inlay galvanisch aufgebaut, dreiflächig, inkl. Verblendung	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut, mehrflächig, inkl. Verblendung	92,03
Inlaygerüst zur Verblendung, einflächig, inkl. Verblendung	71,58
Inlaygerüst zur Verblendung, zweiflächig, inkl. Verblendung	81,81
Inlaygerüst zur Verblendung, dreiflächig, inkl. Verblendung	92,03
Inlaygerüst zur Verblendung, mehrflächig, inkl. Verblendung	92,03
Kreuzgussinlay	81,81
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	13,29
Krone, Brückenglied, passend für vorhandene Prothese einarbeiten	13,29
Krone aus Hartkernkeramik, inkl. Verblendung	99,19
Krone aus Keramik, gefräst, inkl. Keramikverblendung	99,19
Krone aus Presskeramik, inkl. Keramikverblendung	99,19
Krone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	61,87
Krone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	61,87
Krone, erodiert, nach Stufenpräparation	70,05
Krone, gefräst, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	61,87
Krone, gefräst, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	61,87
Krone, gefräst, nach Stufenpräparation	70,05
Krone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	61,87
Krone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	61,87
Krone, gegossen, für Kunststoffverblendung	70,05
Krone, gegossen, nach Stufenpräparation	70,05
Künstliches Zahnfleisch	30,68
Lager für Ankerbandklammer	52,66
Lager für Raste	13,29
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	52,66
Lösungsknopf für abnehmbare Brücke/ oder für Krone	15,34
Mantelkrone, Frontzahn oder Seitenzahn, aus Kunststoff	63,91
Mantelkrone, Frontzahn, aus Keramik oder Polymerglas	99,19
Mantelkrone, Seitenzahn, aus Keramik oder Polymerglas	99,19
Mehrflächige Verblendung aus Keramik	76,69
Onlay aus gegossenem Glas/Keramik/Kunststoff auch gefräst	92,03
Papille aus Keramik	30,17
Papille aus Kunststoff/Polymerglas	13,80
Sattelpontic aus Kunststoff/Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Schulter aus Kunststoff/Keramik/Glas/Polymerglas	30,17

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Sintergerüst für Inlay, einflächig inkl. Verblendung	71,58
Sintergerüst für Inlay, zweiflächig inkl. Verblendung	81,81
Sintergerüst für Inlay, dreiflächig/mehrflächig inkl. Verblendung	92,03
Sintergerüst für Krone	61,87
Stiftaufbau, direkt	19,94
Stiftaufbau, indirekt	46,02
Stiftaufbau in vorhandene Krone	13,29
Stufenkrone aus Kunststoff/Polymerglas	63,91
Stufenkrone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	70,05
Stufenkrone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	70,05
Stufenkrone, gefräst, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	70,05
Stufenkrone, gefräst für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	70,05
Stufenkrone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	70,05
Stufenkrone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	70,05
Teilverblendung aus Keramik/Glas	76,69
Teilverblendung aus Kunststoff	46,02
Umgehungsbügel bei Diastema	11,25
Verblendschale aus gegossenem Glas/Keramik auch gefräst	76,69
Verblendschale aus Kunststoff	46,02
Verblendschale aus Presskeramik/Glas	76,69
Vollverblendung aus Kunststoff	46,02
Vollverblendung aus Polymerglas	76,69
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	19,94
Wurzelkappe, erodiert, mit Aufbau	61,87
Wurzelkappe, indirekt, ohne Aufbau	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Aufbau für Krone	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Kaufläche für Kunststoffverblendung	61,87
Galvano-Wurzelkappe	61,87
Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Wurzelpontic aus Kunststoff	13,80
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	19,94
Zahnfleisch aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Zahnfleisch aus Kunststoff	13,80
Herstellen und Verarbeiten von Verbindungselementen	
Ankerbandklammer, sekundär	117,09
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	41,93
Doppelkrone, primär oder sekundär auch für Verblendungen	102,26
Doppelkronenriegel	154,41
Drehriegel/ Doppeldrehriegel, auch funkenerodiert	154,41
Federbolzen	41,93
Verschraubung/Verbolzung, auch funkenerodiert	41,93
Friktionsstift	41,93
Individueller Steg, Grundeinheit inkl. Längeneinheit	83,34
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	117,09
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	97,15
Konfektionsgeschiebeanker,-gelenk, primär, extra/intrakoronal	69,54
Konfektionsgeschiebe/-riegel/ verriegelnd, primär/oder sekundär	69,54
Konfektionssteg, Grundeinheit inkl. Längeneinheit und Schleimhautkontakt	83,34
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis/oder Metallbasis	45,50
Konuskrone, primär/oder sekundär/ auch als Wurzelstiftkrone	102,26
Konuskrone, sekundär für Keramik- oder Kunststoffverblendung	102,26
Lösungsknopf für Verbindungselement	15,34
Rillen-Schulter-Geschiebe, sekundär	117,09
Schub- oder Steckriegel/ auch funkenerodiert	154,41
Schubverteilungsarm	53,69
Schwenkriegel/ oder Doppelschwenkriegel/ auch funkenerodiert	154,41
Teleskopkrone, primär/ oder sekundär/ auch für Verblendungen	102,26

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Teleskop- oder Doppelkrone, primär, als Wurzelstiftkrone	102,26
Teleskopteilkrone, primär/ oder sekundär/ auch für Verblendungen	102,26
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Adams-Klammer, gebogen	14,83
Approximalklammer, gebogen	9,71
Approximalklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Auflage, gebogen	9,71
Auflage, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Aufstellen, Grundeinheit	28,63
Aufstellen auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,05
Aufstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,07
Aufstellen, je Zahneinheit bei Totalprothese Ober- und Unterkiefer	3,07
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff	83,34
Basisteil, gegossen/ auch aus Edelmetall	62,89
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenen Kunststoff, Pontic	32,72
Bonwill-Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	39,88
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer/ auch aus Edelmetall	19,94
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	9,71
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	28,63
Doppelbogenklammer, gebogen	14,83
Doppelbogenklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Dreiecksklammer, gebogen	8,69
Einarmige Klammer, gebogen	9,71
Einarmige Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Fertigstellen mit Kunststoffbasis/oder Metallbasis, je Zahneinheit	3,58
Fortlaufende Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Gebogene Retention	40,90
Gegenlager, gebogen	9,71
Gegenlager, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Gitter, partiell/ total oder Bügel	120,15
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoff-/ Metallbasis	45,50
Haltesporn, gebogen	8,69
Herstellen eines Zahnes aus zahnfarbenen Kunststoff	32,72
Inlayklammer, gebogen	9,71
Inlayklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Interdental-Knopfklammer	9,71
Jackson-Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Kappe, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Kaufläche aus zahnfarbenen Kunststoff	32,72
Klammer, einzeln gegossen/ auch aus Edelmetall	18,92
Kralle, gebogen	9,71
Kralle, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	17,90
Lösungsknopf für Friktionsprothese, gegossen oder gebogen	15,34
Metallbasis, Oberkiefer, partiell/ oder total	120,15
Metallbasis, Unterkiefer, partiell/ oder total	120,15
Metallbasis als fortlaufende Klammer ohne Bügel	120,15
Metallbasis Unterkiefer als Vestibulärbügel	120,15
Metallkaufläche/ auch aus Edelmetall	37,32
Metallzahn/ auch aus Edelmetall	37,32
Ösenklammer, gebogen	9,71
Pelottenklammer	9,71
Pfeilanker, gebogen	8,69
Pfeilklammer, gebogen	14,83
Retention, gegossen/ auch aus Edelmetall	50,11
Ringklammer, gegossen	19,94
Ringklammer mit Auflage, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Frontzahn	37,32
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Backenzahn/ auch aus Edelmetall	37,32
Rücklaufklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Silberzinnbasis	120,15
Sonderkunststoff verarbeiten	83,34
Stiel, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Tropfenklammer, gebogen	9,71
Unterfütterbarer Abschlussrand	17,90

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	9,71
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	14,83
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Voßklammer, gebogen	14,83
Zahnfleischklammer	9,71
Zweiarmige Klammer, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/ auch aus Edelmetall	28,63
Herstellen von Metallverbindungen und Oberflächenbeschichtung	
Lichtbogenschweißen je Verbindung	14,32
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung auf Modell, Grundeinheit	14,32
Laser-/Plasma/Punkt/-schweißen, je Verbindung	14,32
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	25,05
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aktiver Sporn	8,18
Ankerband/ Ankerkappe	19,43
Auflage-KFO	9,71
Außenbogen	21,47
Basis für Einzelkiefergerät	47,04
Basis für KFO-Gerät	99,19
Coffin-Feder	21,47
Doppelplatten-Führungssporn	23,52
Dorn	8,18
Druckfeder, Zugfeder	10,23
Facebow anpassen	10,23
Feder, gekreuzt	8,18
Feder, geschlossen/- kompliziert	10,23
Feder, offen	8,18
Federbügel	23,52
Führungssporn	8,18
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	47,04
Häkchen	8,18
Hochlabialbogen	23,52
Innenbogen	21,47
Interokklusial-Stopp	8,18
Kinnkappe mit Retentionshaken	47,04
Kunststoffschild	16,36
Labialbogen	18,41
Labialbogen, intermaxillär	28,12
Labialbogen, modifiziert	23,52
Lingualbogen/ Lingualer Frontalbogen	21,47
Lötung Drahtbruch	14,32
Lötung je zusätzliche Einheit	14,32
Palatinalbogen	21,47
Pelotte	16,36
Positioner	99,19
Protrusionsbogen	10,23
Retentionsschiene	60,84
Rücklaufsporn	8,18
Schiefe Ebene aus Kunststoff/ oder gegossen	39,37
Schraube einarbeiten	14,32
Schraube einarbeiten, kompliziert	21,47
Spezialschraube zur asymmetrischen Bewegung	21,47
Spezialschraube zur Einzelzahnbewegung	21,47
Spezialschraube zur Metallverbindung	21,47
Spezialschraube zur Sektorenbewegung	21,47
Spike/ Stopp	8,18
Teilaußenbogen/ Teilinnenbogen	21,47
Trennen einer Basis/ auch erschwert	6,14
Vorbiss oder Rückbiss	9,71
U-Bügel	23,52

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Verarbeiten eines Röhrchens/ oder Schlosses	10,23
Verankerungsklammer	14,83
Vorhofplatte	52,66
Zungengitter	16,36
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene	102,26
Aufbissplatte nach Schulz-Bongert/ Shore oder Schöttl	102,26
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	42,44
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	42,44
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	9,20
Basis, tiefgezogen	18,92
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	102,26
Medikamententrägerschiene	60,84
Schiene, tiefgezogen	60,84
Schiene, tiefgezogen, zweiphasig	102,26
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	9,20
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	21,99
Wundverband, Autopolymerisat/ Wundverbandplatte, tiefgezogen	60,84
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	12,78
Basisteil unterfüttern auch KFO	37,32
Basis unterfüttern auch KFO	51,13
Basis erneuern	62,38
Erweitern einer Aufbissschiene, Grundeinheit	17,38
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit - auch KFO	17,38
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	17,38
Instandsetzen einer Aufbissschiene, Grundeinheit	15,85
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit - auch KFO	17,38
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	15,85
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inkl. Trennspalt	33,75
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	7,67
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	7,67
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	33,75
Leistungseinheit, instandsetzen individueller Riegel	7,67
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	7,67
Leistungseinheit, instandsetzen Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, nacharbeiten Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	7,67
Leistungseinheit, Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	7,67
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	7,67
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	6,65
Leistungseinheit, Retention/ Basisteil einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Sekundärteil	7,67
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff/ oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Verlängerung	7,67
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	7,67
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	7,67
Remontieren von KFO-Gerät	42,95
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Metall	20,45
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Keramik	24,03
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder gegossenem Glas	14,32
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Keramik	14,32
Selektives Einschleifen, je Zahn	15,34
Sonstiges	
Versand, je Versandgang	3,58
Sonderversand oder Fahrtkosten	3,58
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	10,23

Tarif CompactPRIVAT - Start
Krankheitskostenvollversicherung
Tarif CompactPRIVAT – Start 250 / Start 900

Stand: 01.01.2009, V461

Die Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein absoluter Selbstbehalt von insgesamt
250 EUR im Tarif CompactPRIVAT – Start 250
bzw.
900 EUR im Tarif CompactPRIVAT – Start 900
abgezogen.

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für
a) ärztliche Behandlungen (Psychotherapie nach Ziffer I. 1.2 b)
b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
c) Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
d) Hebammen bei ambulanter Entbindung.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für die Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung.

1.2 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für
a) Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000 EUR im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**
b) vom Arzt oder in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871)
c) den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung
d) Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten und Logopäden nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage).

1.3 Erstattungsfähig sind zu **60 %** die Kosten für Behandlungen durch einen Heilpraktiker bis zu den Mindestsätzen der GebüH.

1.4 Von der Schulmedizin abweichende Untersuchungs-, Behandlungsmethoden und Arzneimittel (Alternative Medizin), die zur Heilbehandlung angewendet werden, sind im Rahmen des Tarifes erstattungsfähig, wenn sich die Methoden und Arzneimittel in der Praxis Erfolg versprechend bewährt haben.

1.5 Ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort werden erstattet, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung benötigt.
§ 5 Teil II 1e) AVB/VT gilt nicht.

2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für Brillengläser, -fassung und Kontaktlinsen bis zu insgesamt 100 EUR pro Kalenderjahr.

2.2 Erstattungsfähig sind zu **80 %** bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 3.000 EUR im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**, die Kosten für
- Hörhilfen in einfacher Ausführung
- Krankenfahrstühle in einfacher Ausführung
- Prothesen
- Miete einer Heimniere einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten
- Insulinpumpen
- Absauggeräte, Blutzuckermessgeräte
- Atmungsmonitore, Beatmungsgeräte
- Orthesen, Gehstützen, Gummistrümpfe, Schuheinlagen
- ein Paar serienmäßig nicht herstellbare orthopädische Maßschuhe einmal im Kalenderjahr
- orthopädische Leibbinden und Bandagen, soweit sie in einem orthopädischen Fachgeschäft bezogen wurden
- Schwangerschaftsleibbinden, Bruchbänder
- Anus praeter-Bandagen einschließlich Beutel
- Liegeschalen, Nachtschienen, Korrekturschienen

2.3 Hilfsmittel-Management:
Wird eines der folgenden Hilfsmittel über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen, so sind die hierfür anfallenden Kosten zu **100 %** erstattungsfähig:
- Atmungsmonitore
- Beatmungsgeräte inklusive Sauerstoffgeräte und Schlafapnoegeräte.

3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus (mit Ausnahme von Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsbehandlungen) sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für
a) allgemeine Krankenhausleistungen.
Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Sozialgesetzbuch V.
In Krankenhäusern, die weder nach dem Krankenhausentgeltgesetz noch nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen.
b) Belegärzte und Beleghebammen
c) Entbindungen im Entbindungsheim
d) ambulante Operationen im Krankenhaus
e) den medizinisch notwendigen Transport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
f) überwiegend psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I. 3.1 a) und b) bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr, ab dem 43. Tag zu **50 %**.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für die Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung.

4. Zahnbehandlung

4.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für
a) diagnostische und anästhetische Leistungen (ausgenommen funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen)
b) Heil- und Kostenpläne (auch für Zahnersatz und Kieferorthopädie)
c) prophylaktische Leistungen
d) chirurgische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen)
e) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
f) konservierende Leistungen einschließlich Gussfüllungen (Inlays) in metallischer Ausführung sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage), nicht jedoch Kronen.

4.2 Bei Gussfüllungen (Inlays) ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

5. Zahnersatz
5.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz werden bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR zu **70 %**, darüber hinaus zu **50 %** je Kalenderjahr ersetzt.
Erstattungsfähig sind
a) Kronen und Brücken in metallischer Ausführung (mit Verblendung bis zum Zahn 5)
b) prothetische Leistungen
c) Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
d) zahntechnische Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage).

5.2 In den ersten drei Kalenderjahren werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz aus einem Rechnungsbetrag bis zu insgesamt 3.000 EUR ersetzt. Diese Begrenzung entfällt bei Unfall.

5.3 Bei Zahnersatz ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

6. Kieferorthopädie
6.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage).

6.2 Bei Kieferorthopädie ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

7. Selbstbehalt
7.1 Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein absoluter Selbstbehalt von insgesamt
250 EUR im Tarif CompactPRIVAT – Start 250 bzw.
900 EUR im Tarif CompactPRIVAT – Start 900
abgezogen.

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

7.2 Beginnt die Versicherung nicht zum Beginn des Kalenderjahres, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert.

7.3 Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Arzt- und Zahnarztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ und GOZ bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Absatz 1 AVB/VT berechtigt, das Heilmittelverzeichnis, das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten sowie das Verzeichnis der über das Hilfsmittel-Management beziehbaren Hilfsmittel (siehe Ziffer I. 2.3) mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

3. Abweichend von § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT gilt Folgendes:
Werden in einem Geschäftsjahr lediglich Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 001, 100 bis 102, 200, 405, 406) erstattet, gelten die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT bezüglich des Anspruches auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung als erfüllt.

4. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit
4.1 Versicherungsfähig nach den Tarifen CompactPRIVAT – Start und CompactPRIVAT – Optimal sind berufstätige Personen, deren ausgeübter Beruf im Berufsgruppenverzeichnis (siehe Anlage) enthalten ist. Dabei ist der zeitlich überwiegend ausgeübte Beruf maßgebend. Mitversichert werden können in diesen Tarifen, zum Beitrag für die Berufsgruppe B, deren nicht berufstätige Ehegatten und nicht berufstätige Kinder.

4.2 Die Versicherungsfähigkeit einer berufstätigen versicherten Person endet, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit aufgibt – außer wegen Rentenbezug, Bezug von Arbeitslosengeld oder Erziehung eigener Kinder – oder wenn sie eine Tätigkeit aufnimmt bzw. in eine wechselt, die nicht in dem Berufsgruppenverzeichnis enthalten ist. Mit Ende der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung in einen Tarif mit gleichartigen Leistungen übergeleitet. Diese Überleitung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung, soweit der neue Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist.

4.3 Endet die Versicherung der berufstätigen Person in den Tarifen CompactPRIVAT – Start oder CompactPRIVAT – Optimal, so können nicht berufstätige mitversicherte Ehegatten und Kinder in diesen Tarifen versichert bleiben.

4.4 Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person während der Vertragslaufzeit zwischen Berufsgruppe A und B richtet sich der Beitrag nach der jeweils zutreffenden Berufsgruppe.

4.5 Nimmt eine nicht berufstätige versicherte Person eine im Berufsgruppenverzeichnis (siehe Anlage) enthaltene Tätigkeit auf, so richtet sich der Beitrag nach der zutreffenden Berufsgruppe.
Nimmt sie eine anderweitige Tätigkeit auf, so wird die Versicherung in einen Tarif mit gleichartigen Leistungen übergeleitet. Diese Überleitung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung, soweit der neue Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist.

5. Obliegenheiten
5.1 Neben den Tarifen CompactPRIVAT - Start und CompactPRIVAT - Optimal ist eine weitere Krankheitskostenversicherung bei der UKV oder einer anderen privaten Krankenversicherung nicht zulässig.

Dies gilt jedoch nicht für diejenigen Tarife der UKV, die ausdrücklich zur Ergänzung des Tarifs CompactPRIVAT – Start bzw. CompactPRIVAT – Optimal angeboten werden.

Wird diese Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Versicherungsvertragsgesetz von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

5.2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer das Ende der Versicherungsfähigkeit sowie den Wechsel, die Aufnahme oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.

III. Beiträge

1. Die vorstehende Leistungsbeschreibung ist in Verbindung mit den nach Berufsgruppe A und B getrennt kalkulierten Beiträgen jeweils ein Tarif.

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte

Berufsgruppenverzeichnis für die Tarife CompactPRIVAT - Start und CompactPRIVAT – Optimal

Die aufgelisteten Berufsgruppen entsprechen dem offiziellen Verzeichnis der Bundesagentur für Arbeit.

Versicherbar sind nach Gruppe A

Schlüssel	Freiberufler, Gewerbetreibende
1	Landwirte
2	Tierzüchter, Fischereiberufe
3	Verwalter, Berater in der Landwirtschaft und Tierzucht
4	Landwirtschaftliche Arbeitskräfte, Tierpfleger
5	Gartenbauer
6	Forst- und Jagdberufe
10	Steinbearbeiter
11	Baustoffhersteller
12	Keramiker
13	Glasmacher
14	Chemiearbeiter (Ausnahme Kokereiarbeiter)
15	Kunststoffverarbeiter
16	Papierhersteller, -verarbeiter
17	Drucker
18	Holzaufbereiter, Holzwarenfertiger und verwandte Berufe
20	Former, Formgießer
21	Metallverformer (spanlos)
22	Metallverformer (spanend)
23	Metalloberflächenbearbeiter, -vergüter, -beschichter
24	Metallverbinder
26	Feinblechner, Installateure
27	Schlosser
28	Mechaniker
29	Werkzeugmacher
30	Metallfeinbauer und zugeordnete Berufe
31	Elektriker
32	Montierer und Metallberufe, a.n.g.
33	Spinnberufe
34	Textilhersteller
35	Textilverarbeiter
36	Textilveredler
37	Lederhersteller, Leder- und Fellverarbeiter
39	Back-, Konditorwarenhersteller
40	Fleisch-, Fischverarbeiter
41	Speisenbereiter
42	Getränke-, Genussmittelhersteller
43	Übrige Ernährungsberufe
48	Bauausstatter
49	Raumausstatter, Polsterer
50	Tischler, Modellbauer
51	Maler, Lackierer und verwandte Berufe
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher
54	Maschinisten und zugehörige Berufe
60	Ingenieure
61	Chemiker, Physiker, Mathematiker
62	Techniker
63	Technische Sonderfachkräfte
68	Warenkaufleute
69	Bank-, Versicherungskaufleute
70	Andere Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe
71	Berufe des Landverkehrs
72	Berufe des Wasser- und Luftverkehrs
73	Berufe des Nachrichtenverkehrs
74	Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter
75	Unternehmer, Organisatoren, Wirtschaftsprüfer
76	Abgeordnete, administrativ entscheidende Berufstätige
77	Rechnungskaufleute, Datenverarbeiter
78	Bürofach-, Bürohilfskräfte
79	Dienst-, Wachberufe
80	Sicherheitswahrer
81	Rechtswahrer, -berater
82	Publizisten, Dolmetscher, Bibliothekare
83	Künstler und zugeordnete Berufe
84	Ärzte, Apotheker
85	Übrige Gesundheitsdienstberufe
86	Sozialpflegerische Berufe
87	Lehrer
88	Geistes- und naturwissenschaftliche Berufe, a.n.g.
89	Seelsorger
90	Körperpfleger
91	Gästebetreuer (ausgenommen Barbesitzer/-angestellte und Prostituierte)
92	Hauswirtschaftliche Berufe
93	Reinigungsberufe
Schlüssel	**Arbeitnehmer**
52	Warenprüfer, Versandfertigmacher
61	Chemiker, Physiker, Mathematiker
72	Berufe des Wasser- und Luftverkehrs
73	Berufe des Nachrichtenverkehrs
76	Abgeordnete
89	Seelsorger

Versicherbar sind nach Gruppe B

Schlüssel	Freiberufler, Gewerbetreibende
98	Arbeitskräfte mit noch nicht bestimmtem Beruf
Schlüssel	**Arbeitnehmer**
1	Landwirte
2	Tierzüchter, Fischereiberufe
3	Verwalter, Berater in der Landwirtschaft und Tierzucht
4	Landwirtschaftliche Arbeitskräfte, Tierpfleger
5	Gartenbauer
6	Forst- und Jagdberufe
10	Steinbearbeiter
12	Keramiker
13	Glasmacher
14	Chemiearbeiter (Ausnahme Kokereiarbeiter)
15	Kunststoffverarbeiter
16	Papierhersteller, -verarbeiter
17	Drucker
18	Holzaufbereiter, Holzwarenfertiger und verwandte Berufe
21	Metallverformer (spanlos)
22	Metallverformer (spanend)
23	Metalloberflächenbearbeiter, -vergüter, -beschichter
24	Metallverbinder
26	Feinblechner, Installateure
27	Schlosser
28	Mechaniker
29	Werkzeugmacher
30	Metallfeinbauer und zugeordnete Berufe
31	Elektriker
32	Montierer und Metallberufe, a.n.g.
33	Spinnberufe
34	Textilhersteller
35	Textilverarbeiter
37	Lederhersteller, Leder- und Fellverarbeiter
39	Back-, Konditorwarenhersteller
40	Fleisch-, Fischverarbeiter
41	Speisenbereiter
42	Getränke-, Genussmittelhersteller
43	Übrige Ernährungsberufe
48	Bauaustatter
49	Raumausstatter, Polsterer
50	Tischler, Modellbauer
51	Maler, Lackierer verwandte Berufe
54	Maschinisten und zugehörige Berufe
60	Ingenieure
62	Techniker
63	Technische Sonderfachkräfte
68	Warenkaufleute
69	Bank-, Versicherungskaufleute
70	Andere Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe
71	Berufe des Landverkehrs
74	Lagerverwalter, Lager-, Transportarbeiter
75	Organisatoren, Wirtschaftsprüfer
77	Rechnungskaufleute, Datenverarbeiter
78	Bürofach-, Bürohilfskräfte
79	Dienst-, Wachberufe
80	Sicherheitswahrer
81	Rechtswahrer, -berater
82	Publizisten, Dolmetscher, Bibliothekare
83	Künstler und zugeordnete Berufe
84	Ärzte, Apotheker
85	Übrige Gesundheitsdienstberufe
86	Sozialpflegerische Berufe

87	Lehrer
88	Geistes- und naturwissenschaftliche Berufe, a.n.g.
90	Körperpfleger
91	Gästebetreuer (ausgenommen Barbesitzer/-angestellte und Prostituierte)
92	Hauswirtschaftliche Berufe
93	Reinigungsberufe
98	Arbeitskräfte mit noch nicht bestimmtem Beruf (ausgenommen Arbeitslose)

Nicht versicherbar sind

Schlüssel	Freiberufler, Gewerbetreibende
7	Bergleute
8	Mineral-, Erdöl-, Erdgasgewinner
9	Mineralaufbereiter
19	Metallerzeuger, Walzer
25	Schmiede
44	Maurer, Betonbauer
45	Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer
46	Straßen-, Tiefbauer
47	Bauhilfsarbeiter
53	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeit
99	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeit

Schlüssel	Arbeitnehmer
7	Bergleute
8	Mineral-, Erdöl-, Erdgasgewinner
9	Mineralaufbereiter
11	Baustoffhersteller
19	Metallerzeuger, Walzer
20	Former, Formgießer
25	Schmiede
36	Textilveredler
44	Maurer, Betonbauer
45	Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer
46	Straßen-, Tiefbauer
47	Bauhilfsarbeiter
53	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeit
99	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeit

Heilmittelverzeichnis und Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der Tarife CompactPRIVAT - Start

Stand: 01.01.2007, V464

Heilmittelverzeichnis

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Atemtherapie (Atmungsbehandlung) (einschließlich aller unterstützender Maßnahmen, einzeln)	17,90
Bäder	
Absteigendes	
– Teilbad, z. B. Hauffe	11,25
– Vollbad - Überwärmungsbad	18,41
Ansteigendes	
– Teilbad, z. B. Hauffe	11,25
– Vollbad - Überwärmungsbad	18,41
Dauerbrause	18,41
Hydroelektrisches Vollbad (auch mit Zusatz)	20,45
Medizinisches Bad	
– Teilbad, wie z. B. Hand-, Fußbad (mit Zusatz wie z. B.: vegetabilische Extrakte, ätherische Öle)	6,14
– Halbbad mit Zusatz	16,87
– Sitzbad mit Zusatz	12,27
– Vollbad mit Zusatz	16,87
weitere Zusätze, je Zusatz	3,07
Stangerbad (auch mit Zusatz)	20,45
Ergotherapie	
– sensomotorische und perzeptive Störungen (einzeln; mindestens 45 min)	38,35
– sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung am Zentralnervensystem (einzeln; mindestens 45 min)	38,35
Hausbesuch (ärztlich verordnet)	8,18
Inhalationstherapie	
– einzeln (auch mit Ultraschallvernebler)	6,14
– in der Gruppe	3,07
Kältetherapie	
Direkte Abreibung (mit Eis)	9,20
Eisanwendungen	9,20
Eisbeutel	9,20
Kältebehandlung	9,71
Kaltgas	9,71
Kaltluft	9,71
Kompressionsbehandlung	
einer Extremität	8,18
mehrerer Extremitäten	8,18
Krankengymnastik	
Apparative isokinetische Muskelfunktions-	
– diagnostik (Eingangs- und Abschlusstest einschließlich Dokumentationen) jeweils:	67,49
– therapie	12,78
Bewegungsbad	
– Krankengymnastik (einzeln)	21,99
– Krankengymnastik (Gruppe)	10,74
(alles einschließlich der erforderlichen Nachruhe)	
Bewegungsübungen	7,67
Bobath Krankengymnastik	31,70
Extensionsbehandlung	
– normal (z. B. Glissonschlinge)	4,60
– mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät)	7,16
Komplextherapie	
– ambulante Reha-Maßnahmen mit verschiedenen physikalischen Maßnahmen	81,81
Krankengymnastik:	
– Atemtherapie einzeln	17,90
– im Bewegungsbad (einschließlich Nachruhe)	
– einzeln	21,99
– in der Gruppe	10,74
– nach Bobath	31,70
– in der Gruppe	6,14

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
– Ganzbehandlung	
– einzeln (auch auf neurophysiologischer Grundlage)	17,90
– auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen (einzeln mindestens 30 min) inkl. Massage	31,70
– auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen bis inkl. 14 Jahre (einzeln mindestens 45 min)	31,70
– Teilbehandlung (einzeln)	17,90
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen (mindestens 30 min)	20,45
Muskelaufbautraining (krankengymnastische Ganzbehandlung einzeln)	17,90
Orthopädisches Turnen in der Gruppe	6,14
Vojta Krankengymnastik	31,70
Lichttherapie	
Glühlicht	
– ein Körperteil	5,11
– mehrere Körperteile	5,62
Infrarot-Behandlung	5,11
Quarzlampendruckbestrahlung	
– eines Feldes	6,14
– mehrerer Felder	9,71
Ultraviolettlicht	
– einzeln	3,58
– in der Gruppe	2,56
– Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks	3,58
– Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke	5,11
Massagen	
Akupunktmassage	12,78
Colonmassage	12,78
Großmassage (z. B. Massage beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Rückens)	12,78
Lymphdrainage - manuell nach Dr. Vodder	
– Großbehandlung mindestens 30 min	17,90
– Ganzbehandlung mindestens 45 min	27,10
Apparative Kompressionstherapie je Sitzung	8,18
Teilmassage (Massage einzelner Körperteile, z. B. eines Beines)	12,78
Bindegewebsmassage	12,78
Reflexzonenmassage	12,78
Nervenpunktmassage	12,78
Periostmassage	12,78
Penzelmassage (Akupunktmassage)	12,78
Spezialmassage	12,78
Querfriktionsmassage	12,78
Rhythmische Massage	12,78
Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt von mindestens 400 l, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	20,45
Packungen	
Einmalpackung (ohne Verwendung einer Folie) z. B. Einmalpeloide, Fangopackung Natur, Heilerdepackung, Naturmoor, Schlammpackung, Schlickpackung	
– Teilpackung	18,41
– Großpackung	26,08
– Kaltpackung	14,32
Fangopackung - wiederverwendbar	11,25
Heublumensack	8,69
Kaltpackung (Anwendung von Lehm, Quark, Kühlsprays)	7,16
Moorpackung eines oder mehrerer Körperteile	11,25
Paraffinpackung auch mehrerer Körperteile	11,25
Parapack-Wärmetherapie (Schaumpackung)	26,08
Schwitzpackung, wie z. B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp	13,80
Sprachtherapie	

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Funktionelle Entwicklungstherapie bei motorischen Ausfallerscheinungen des Sprachbereichs (Einzelbehandlung, mindestens 30 min)	33,75
Stimmübungsbehandlung mindestens 30 min (einschließlich aller dazugehöriger Maßnahmen, Einzelbehandlung)	29,14
Logopädie	
– Behandlungsplanung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen mit standardisierten Verfahren (einmal je Behandlungsfall)	46,02
– Erstgespräch (mit Behandlungsplanung und -besprechung; einmal je Behandlungsfall)	29,14
– Funktionelle Entwicklungstherapie bei motorischen Ausfallerscheinungen der Sprachbereiche (einzeln; mindestens 30 min)	33,75
– sensomotorische Behandlung zentraler Sprachstörungen einschließlich dazugehöriger psychotherapeutischer, atemgymnastischer und sedierender Maßnahmen (einzeln; mindestens 45 min)	38,35
– Stimmtherapie bei Kehlkopflosen	38,35
– Sprachübungsbehandlung (einschließlich aller dazugehöriger Maßnahmen)	
– einzeln, mindestens 30 min	29,14
– einzeln, mindestens 45 min	38,35
– einzeln, mindestens 60 min	48,06
– Sprachübungsbehandlung ggf. mit Eltern (in der Gruppe; mindestens 40 min)	14,83
Elektrotherapie	
Dezimeterwellen-Behandlung	6,14
Diadynamischer Strom	6,14
Elektrogymnastik bei Lähmungen	12,78
Galvanisation	6,14
Hochfrequente Ströme	6,14
Interferenzstrom	6,14
Iontophorese	6,14
Kurzwellen-Behandlung	6,14
Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen	12,78
Niederfrequente Ströme	6,14
Phonophoresebehandlung	6,14
Mikrowellen-Behandlung	6,14
Reizstrom	6,14
Vierzellenbad (Elektrotherapie)	10,23
Zweizellenbad (Elektrotherapie)	10,23
Wärmetherapie	
Heiße Rolle	9,71
Heißluftbehandlung	
– eines Körperteils	5,11
– mehrerer Körperteile	5,62
Strahler (Wärmebehandlung)	5,11
Ultraschallbehandlung	6,14
Wärmeanwendung	5,11

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck galvanisieren	13,29
Dowel-Pin setzen	3,07
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	13,29
Frässockel	9,20
Hilfsteil in Abdruck	13,29
Kontrollmodell	5,62
Kunststoffstümpfe	13,29
Lötmodell aus feuerfester Masse	5,62
Metallarmierung für provisorische Versorgung	28,63
Metallprovisorium verblenden, einfarbig und mehrfarbig	28,63
Modell, angeliefertes, untersockeln	5,62
Modell aus Hartgips oder Superhartgips oder feuerfester Masse	5,62
Modell aus Kunststoff	18,92
Modell für Einzelstümpfe	9,20
Modell für Facette oder Modellguss	5,62
Modell für Sägesegmente	9,20
Modell nach Abformgerät oder Funktionsabdruck	5,62
Modellergänzung aus Kunststoff	13,29
Modellmontage in individuellen Artikulator I / II / III	8,18
Modellmontage in Mandibular-Positions-Variator (MPV)	8,18
Modellmontage in Mittelwertartikulator I / II	8,18
Modellpaar sockeln, dreidimensional/ Kunststoff-Form	19,94
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	8,18
Modellpaar in Gipssockel fixieren	8,18
Montage eines Gegenkiefermodelles	8,18
Montage eines Modellpaares in Fixator	8,18
Okklusionsmodell	5,62
Okklusionsmodell für Sägesegmente	9,20
Remontagemodell	18,92
Sägemodell / Set-up Modell	9,20
Set-up, je Zahn	8,18
Spezialmodell	5,62
Split-Cast-Sockel an Modell	5,62
Stumpfabdruck galvanisieren	13,29
Stumpfmodell aus Metall, für galvanischen Aufbau	9,20
Teilmodell aus feuerfester Masse	5,62
Zahnkranz ausgießen	5,62
Herstellen von individuellen Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	9,71
Basis aus Kunststoff, bei Defektversorgung	18,92
Bisswall aus Kunststoff auf Basis	5,62
Bisswall aus thermoplastischem Material, oder Wachs auf Basis	5,62
Bisswall, folienbeschichtet, nach Schreinemakers, auf Basis	5,62
Formteil für provisorische Versorgung	16,87
Funktionslöffel aus Kunststoff / oder All Oral	18,92
Individueller Löffel aus Kunststoff	18,92
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, aus Kunststoff	28,63
Registrierplatte und -stift auf Basen	5,62
Spezialbissplatte	9,71
Tiefziehteil	16,87
Vorwall	12,27
Herstellen von festsitzendem Zahnersatz	
Auflage an Brückenglied	11,76
Angelieferte Modellation gießen	19,94
Anker gefräst, oder gegossen für Klebebrücke	70,05
Brückenglied aus Keramik, oder Kunststoff, massiv	50,11
Brückenglied, gefräst, massiv	50,11
Brückenglied, gegossen, massiv, auch für Kunststoffverblendung	50,11
Brückenglied, gegossen, oder gefräst für Keramik- oder Polymerglas- Teilverblendung	50,11
Brückenglied, gegossen, oder gefräst für Keramik- oder Polymerglas- Vollverblendung	50,11
Dreiviertelkrone, gefräst	70,05
Dreiviertelkrone, gegossen aus Metall	70,05
Dreiviertelkrone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Verblendung	70,05
Dreiviertelkrone, erodiert für Keramik- oder Polymerglasverblendung	70,05

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Galvanokrone für Verblendung	70,05
Glasbrückenglied, gegossenes zur Keramikverblendung	50,11
Glaskrone, gegossen zur Keramikverblendung inkl. Verblendung	99,19
Glasonlay, gegossenes	92,03
Glasstiftaufbau, gegossen	46,02
Gussinlay, indirekt, einflächig	71,58
Gussinlay, indirekt, zweiflächig	81,81
Gussinlay, indirekt, dreiflächig oder mehrflächig oder Gussonlay	92,03
Stift in Inlay zum Pinledge	10,23
Halbkrone, erodiert oder gefräst oder gegossen	70,05
Hartkernstiftaufbau	46,02
Inlay aus Keramik, einflächig auch gefräst	71,58
Inlay aus Keramik, zweiflächig auch gefräst	81,81
Inlay aus Keramik, dreiflächig oder mehrflächig oder Onlay auch gefräst	92,03
Inlay aus gegossenem Glas oder Kunststoff, einflächig	71,58
Inlay aus gegossenem Glas oder Kunststoff, zweiflächig	81,81
Inlay aus gegossenem Glas oder Kunststoff, dreiflächig oder mehrflächig	92,03
Inlay aus Polymerglas oder Presskeramik, einflächig	71,58
Inlay aus Polymerglas oder Presskeramik, zweiflächig	81,81
Inlay aus Polymerglas oder Presskeramik, dreiflächig oder mehrflächig	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut, einflächig, inkl. Verblendung	71,58
Inlay galvanisch aufgebaut, zweiflächig, inkl. Verblendung	81,81
Inlay galvanisch aufgebaut, dreiflächig, inkl. Verblendung	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut, mehrflächig, inkl. Verblendung	92,03
Inlaygerüst zur Verblendung, einflächig, inkl. Verblendung	71,58
Inlaygerüst zur Verblendung, zweiflächig, inkl. Verblendung	81,81
Inlaygerüst zur Verblendung, dreiflächig, inkl. Verblendung	92,03
Inlaygerüst zur Verblendung, mehrflächig, inkl. Verblendung	92,03
Kreuzgussinlay	81,81
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	13,29
Krone, Brückenglied, passend für vorhandene Prothese einarbeiten	13,29
Krone aus Hartkernkeramik, inkl. Verblendung	99,19
Krone aus Keramik, gefräst, inkl. Keramikverblendung	99,19
Krone aus Presskeramik, inkl. Keramikverblendung	99,19
Krone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	61,87
Krone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	61,87
Krone, erodiert, nach Stufenpräparation	70,05
Krone, gefräst, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	61,87
Krone, gefräst, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	61,87
Krone, gefräst, nach Stufenpräparation	70,05
Krone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	61,87
Krone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	61,87
Krone, gegossen, für Kunststoffverblendung	70,05
Krone, gegossen, nach Stufenpräparation	70,05
Künstliches Zahnfleisch	30,68
Lager für Ankerbandklammer	52,66
Lager für Raste	13,29
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	52,66
Lösungsknopf für abnehmbare Brücke/ oder für Krone	15,34
Mantelkrone, Frontzahn oder Seitenzahn, aus Kunststoff	63,91
Mantelkrone, Frontzahn, aus Keramik oder Polymerglas	99,19
Mantelkrone, Seitenzahn, aus Keramik oder Polymerglas	99,19
Mehrflächige Verblendung aus Keramik	76,69
Onlay aus gegossenem Glas/Keramik/Kunststoff auch gefräst	92,03
Papille aus Keramik	30,17
Papille aus Kunststoff/Polymerglas	13,80
Sattelpontic aus Kunststoff/Keramik/Glas/ Polymerglas	30,17
Schulter aus Kunststoff/Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Sintergerüst für Inlay, einflächig inkl. Verblendung	71,58
Sintergerüst für Inlay, zweiflächig inkl. Verblendung	81,81
Sintergerüst für Inlay, dreiflächig/mehrflächig inkl. Verblendung	92,03
Sintergerüst für Krone	61,87
Stiftaufbau, direkt	19,94

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Stiftaufbau, indirekt	46,02
Stiftaufbau in vorhandene Krone	13,29
Stufenkrone aus Kunststoff/Polymerglas	63,91
Stufenkrone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	70,05
Stufenkrone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	70,05
Stufenkrone, gefräst, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	70,05
Stufenkrone, gefräst für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	70,05
Stufenkrone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	70,05
Stufenkrone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	70,05
Teilverblendung aus Keramik/Glas	76,69
Teilverblendung aus Kunststoff	46,02
Umgehungsbügel bei Diastema	11,25
Verblendschale aus gegossenem Glas/Keramik auch gefräst	76,69
Verblendschale aus Kunststoff	46,02
Verblendschale aus Presskeramik/Glas	76,69
Vollverblendung aus Kunststoff	46,02
Vollverblendung aus Polymerglas	76,69
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	19,94
Wurzelkappe, erodiert, mit Aufbau	61,87
Wurzelkappe, indirekt, ohne Aufbau	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Aufbau für Krone	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/ Kaufläche für Kunststoffverblendung	61,87
Galvano-Wurzelkappe	61,87
Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Wurzelpontic aus Kunststoff	13,80
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	19,94
Zahnfleisch aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Zahnfleisch aus Kunststoff	13,80
Herstellen und Verarbeiten von Verbindungselementen	
Ankerbandklammer, sekundär	117,09
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	41,93
Doppelkrone, primär oder sekundär auch für Verblendungen	102,26
Doppelkronenriegel	154,41
Drehriegel/ Doppeldrehriegel, auch funkenerodiert	154,41
Federbolzen	41,93
Verschraubung/Verbolzung, auch funkenerodiert	41,93
Friktionsstift	41,93
Individueller Steg, Grundeinheit inkl. Längeneinheit	83,34
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	117,09
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	97,15
Konfektionsgeschiebe-anker,-gelenk, primär, extra/intrakoronal	69,54
Konfektionsgeschiebe/-riegel/ verriegelnd, primär/oder sekundär	69,54
Konfektionssteg, Grundeinheit inkl. Längeneinheit und Schleimhautkontakt	83,34
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis/oder Metallbasis	45,50
Konuskrone, primär/oder sekundär/ auch als Wurzelstiftkrone	102,26
Konuskrone, sekundär für Keramik- oder Kunststoffverblendung	102,26
Lösungsknopf für Verbindungselement	15,34
Rillen-Schulter-Geschiebe, sekundär	117,09
Schub- oder Steckriegel/ auch funkenerodiert	154,41
Schubverteilungsarm	53,69
Schwenkriegel/ oder Doppelschwenkriegel/ auch funkenerodiert	154,41
Teleskopkrone, primär/ oder sekundär/ auch für Verblendungen	102,26
Teleskop- oder Doppelkrone, primär, als Wurzelstiftkrone	102,26
Teleskopteilkrone, primär/ oder sekundär/ auch für Verblendungen	102,26
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Adams-Klammer, gebogen	14,83
Approximalklammer, gebogen	9,71

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Approximalklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Auflage, gebogen	9,71
Auflage, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Aufstellen, Grundeinheit	28,63
Aufstellen auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,05
Aufstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,07
Aufstellen, je Zahneinheit bei Totalprothese Ober- und Unterkiefer	3,07
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff	83,34
Basisteil, gegossen/ auch aus Edelmetall	62,89
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenen Kunststoff, Pontic	32,72
Bonwill-Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	39,88
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer/ auch aus Edelmetall	19,94
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	9,71
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	28,63
Doppelbogenklammer, gebogen	14,83
Doppelbogenklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Dreieckskammer, gebogen	8,69
Einarmige Klammer, gebogen	9,71
Einarmige Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Fertigstellen mit Kunststoffbasis/oder Metallbasis, je Zahneinheit	3,58
Fortlaufende Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Gebogene Retention	40,90
Gegenlager, gebogen	9,71
Gegenlager, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Gitter, partiell/ total oder Bügel	120,15
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoff-/ Metallbasis	45,50
Haltesporn, gebogen	8,69
Herstellen eines Zahnes aus zahnfarbenen Kunststoff	32,72
Inlayklammer, gebogen	9,71
Inlayklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Interdental-Knopfklammer	9,71
Jackson-Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Kappe, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Kaufläche aus zahnfarbenen Kunststoff	32,72
Klammer, einzeln gegossen/ auch aus Edelmetall	18,92
Kralle, gebogen	9,71
Kralle, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	17,90
Lösungsknopf für Friktionsprothese, gegossen oder gebogen	15,34
Metallbasis, Oberkiefer, partiell/ oder total	120,15
Metallbasis, Unterkiefer, partiell/ oder total	120,15
Metallbasis als fortlaufende Klammer ohne Bügel	120,15
Metallbasis Unterkiefer als Vestibulärbügel	120,15
Metallkaufläche/ auch aus Edelmetall	37,32
Metallzahn/ auch aus Edelmetall	37,32
Ösenklammer, gebogen	9,71
Pelottenklammer	9,71
Pfeilanker, gebogen	8,69
Pfeilklammer, gebogen	14,83
Retention, gegossen/ auch aus Edelmetall	50,11
Ringklammer, gegossen	19,94
Ringklammer mit Auflage, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Frontzahn	37,32
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Backenzahn/ auch aus Edelmetall	37,32
Rücklaufklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Silberzinnbasis	120,15
Sonderkunststoff verarbeiten	83,34
Stiel, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Tropfenklammer, gebogen	9,71
Unterfütterbarer Abschlussrand	17,90
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	9,71
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	14,83
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Voßklammer, gebogen	14,83
Zahnfleischklammer	9,71
Zweiarmige Klammer, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/ auch aus Edelmetall	28,63
Herstellen von Metallverbindungen und Oberflächenbeschichtung	
Lichtbogenschweißen je Verbindung	14,32
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung auf Modell, Grundeinheit	14,32
Laser-/Plasma/Punkt/-schweißen, je Verbindung	14,32
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	25,05
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aktiver Sporn	8,18
Ankerband/ Ankerkappe	19,43
Auflage-KFO	9,71
Außenbogen	21,47
Basis für Einzelkiefergerät	47,04
Basis für KFO-Gerät	99,19
Coffin-Feder	21,47
Doppelplatten-Führungssporn	23,52
Dorn	8,18
Druckfeder, Zugfeder	10,23
Facebow anpassen	10,23
Feder, gekreuzt	8,18
Feder, geschlossen/- kompliziert	10,23
Feder, offen	8,18
Federbügel	23,52
Führungssporn	8,18
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	47,04
Häkchen	8,18
Hochlabialbogen	23,52
Innenbogen	21,47
Interokklusial-Stopp	8,18
Kinnkappe mit Retentionshaken	47,04
Kunststoffschild	16,36
Labialbogen	18,41
Labialbogen, intermaxillär	28,12
Labialbogen, modifiziert	23,52
Lingualbogen/ Lingualer Frontalbogen	21,47
Lötung Drahtbruch	14,32
Lötung je zusätzliche Einheit	14,32
Palatinalbogen	21,47
Pelotte	16,36
Positioner	99,19
Protrusionsbogen	10,23
Retentionsschiene	60,84
Rücklaufsporn	8,18
Schiefe Ebene aus Kunststoff/ oder gegossen	39,37
Schraube einarbeiten	14,32
Schraube einarbeiten, kompliziert	21,47
Spezialschraube zur asymmetrischen Bewegung	21,47
Spezialschraube zur Einzelzahnbewegung	21,47
Spezialschraube zur Metallverbindung	21,47
Spezialschraube zur Sektorenbewegung	21,47
Spike/ Stopp	8,18
Teilaußenbogen/ Teilinnenbogen	21,47
Trennen einer Basis/ auch erschwert	6,14
Vorbiss oder Rückbiss	9,71
U-Bügel	23,52
Verarbeiten eines Röhrchens/ oder Schlosses	10,23
Verankerungsklammer	14,83
Vorhofplatte	52,66
Zungengitter	16,36
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene	102,26
Aufbissplatte nach Schulz-Bongert/ Shore oder Schöttl	102,26
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	42,44
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	42,44
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	9,20

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Basis, tiefgezogen	18,92
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	102,26
Medikamententrägerschiene	60,84
Schiene, tiefgezogen	60,84
Schiene, tiefgezogen, zweiphasig	102,26
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	9,20
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	21,99
Wundverband, Autopolymerisat/ Wundverbandplatte, tiefgezogen	60,84
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	12,78
Basisteil unterfüttern auch KFO	37,32
Basis unterfüttern auch KFO	51,13
Basis erneuern	62,38
Erweitern einer Aufbissschiene, Grundeinheit	17,38
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit - auch KFO	17,38
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	17,38
Instandsetzen einer Aufbissschiene, Grundeinheit	15,85
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit - auch KFO	17,38
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	15,85
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inkl. Trennspalt	33,75
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	7,67
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	7,67
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	33,75
Leistungseinheit, instandsetzen individueller Riegel	7,67
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	7,67
Leistungseinheit, instandsetzen Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, nacharbeiten Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	7,67
Leistungseinheit, Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	7,67
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	7,67
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	6,65
Leistungseinheit, Retention/ Basisteil einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Sekundärteil	7,67
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff/ oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Verlängerung	7,67
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	7,67
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	7,67
Remontieren von KFO-Gerät	42,95
Sonstiges	
Versand, je Versandgang	3,58
Sonderversand oder Fahrtkosten	3,58
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	10,23

Tarif CompactPRIVAT - PLUS
Ergänzende Leistungen für Versicherte nach Tarif CompactPRIVAT - Optimal

Stand: 01.01.2009, V466

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

I. Versicherungsleistungen

1. Implantate

Erstattungsfähig sind bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung die Aufwendungen für

a) Implantate
   Erstattungsfähig sind bis zu sechs Implantate im Oberkiefer und bis zu vier Implantate im Unterkiefer.
b) sowie für
   - diagnostische und anästhetische Leistungen,
   - chirurgische Leistungen,
   - Material- und Laborkosten, die im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind, im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge, sofern diese im Zusammenhang mit einer Implantatversorgung, die unter die Leistungspflicht dieses Tarifs fällt, entstehen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.500 EUR zu **80 %**, darüber hinaus zu **65 %** je Kalenderjahr ersetzt.

In den ersten drei Kalenderjahren werden die erstattungsfähigen Aufwendungen aus einem Rechnungsbetrag von 3.000 EUR ersetzt. Diese Begrenzung entfällt bei Unfall.

Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

2. Stationäre Krankenhausbehandlung

Bei medizinisch notwendigen stationären Behandlungen in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus (mit Ausnahme von Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsbehandlungen) werden – zusätzlich zur Erstattung aus dem Tarif CompactPRIVAT - Optimal – folgende Leistungen erbracht:

In medizinisch begründeten Fällen sind für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen die Teile der Honorarvereinbarung, die über den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ liegen und von der Höhe her angemessen sind, erstattungsfähig.

Der Versicherte hat dem Versicherer eine den Grundsätzen der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vorzulegen.

3. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten außerhalb von gesetzlich eingeführten Programmen zu 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Hierbei werden die Erstattungen aus dem Kalenderjahr, in dem die Vorsorgeuntersuchung stattfand, und aus dem vorhergehenden Kalenderjahr zusammengerechnet.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Arzt- und Zahnarztrechnungen sind nach den Grundsätzen der GOÄ bzw. GOZ, die Aufwendungen gemäß Ziffer I. 1 und I. 3 außerdem bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Absatz 1 AVB/VT berechtigt, das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

3. Versicherungsfähigkeit

3.1 Versicherungsfähig in diesem Tarif sind Personen, die in einem der Tarife CompactPRIVAT - Optimal versichert sind.

3.2 Die Versicherung in diesem Tarif endet zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung im Tarif CompactPRIVAT - Optimal endet.

III. Beiträge

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

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten des Tarifs CompactPRIVAT – PLUS

Stand: 01.07.2007, L105

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
Die Kosten für die Lagerhaltung und Implantatbohrer gehören zu den allgemeinen Praxiskosten. Diese sind mit den Zahnarztgebühren abgegolten. Zusätzlich sind die berechnungsfähigen Sachkosten nach § 4 Absatz 3 GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) in angemessener Höhe erstattungsfähig. Hierzu gehören auch die Implantatteile.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Implantante und Suprastrukturen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	30,68
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	50,11
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	30,17
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	21,47
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone gegossen	67,49
Implantat-Kontrollschablone	29,14
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	3,58
Parallelbohrschablone für Implantat, je Zahn	33,23
Verlängerungshülse für Implantat	13,80
Verschraubung, Implantat	43,46
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	12,27
Zahn vermessen	1,28

Tarif GesundheitPRIVAT 300 / 750
Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.01.2009, V479
Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Aufwendungen für
a) ärztliche Behandlungen
b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen
c) Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
d) Hebammen und Entbindungspfleger
e) künstliche Befruchtung.
Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt hat. Ohne vorherige schriftliche Zusage besteht kein Erstattungsanspruch.
Eine schriftliche Zusage ist nur dann möglich, wenn
– nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen wurde und
– nicht bereits ein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt wurde und
– die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zu Beginn der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet haben und
– es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg handelt.

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen höchstens
- 3 Inseminationen
und
– 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder
3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI).

f) den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber.

1.2 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
a) Verbandmittel zu **100 %** und
b) Arzneimittel.
Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Aufwendungen für Generika und für Originalpräparate, für die es keine Generika gibt. Nimmt die versicherte Person Originalpräparate in Anspruch, obwohl für diese Generika vorhanden sind, sind die Aufwendungen zu **80 %** erstattungsfähig.
Ein Generikum (auch Nachahmerpräparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen befindlichen Medikaments.
(vom Heilpraktiker verordnete Arzneimittel nach Ziffer I. 1.4)

1.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Aufwendungen für
a) vom Arzt oder in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871) bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr.
Vor Behandlungsbeginn ist eine Kostenzusage beim Versicherer einzuholen.
b) Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen (nach dem PodG) nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**.

1.4 Erstattungsfähig sind zu **60 %** die Aufwendungen für Behandlungen durch einen Heilpraktiker inklusive der vom Heilpraktiker verordneten Arzneimittel.

2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Aufwendungen für Brillengläser, -fassung und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen bis zu insgesamt 250 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren.

2.2 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Aufwendungen für
– Prothesen
– jeweils ein Hörgerät einschließlich Otoplastik je Ohr innerhalb von 5 Kalenderjahren. Hierbei ist je Hörgerät einschließlich Otoplastik ein Rechnungsbetrag von maximal 1.200 EUR erstattungsfähig.

2.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Aufwendungen für
– Absauggeräte
– Herz-, Atem- und Sauerstoffüberwachungsmonitore
– Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung
– Inhalationsgeräte
– Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen
– Krankenfahrstühle
– Gehwagen und Rollatoren
– Stehhilfen (= Stehständer, Bauchschrägliegebrett)
– Orthesen
– Inkontinenzartikel, Stomaartikel und Hilfsmittel bei Tracheostoma.

2.4 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Aufwendungen für
– Bandagen
– Blutzucker, Blutdruck- und Blutgerinnungsmessgeräte
– Kompressionsstrümpfe und Kompressionsstrumpfhosen
– Gehhilfen (= Krücken, Gehstock, Gehgestell)
– Schuheinlagen und orthopädische Schuhzurichtungen
– ein Paar serienmäßig nicht herstellbare orthopädische Maßschuhe einmal im Kalenderjahr
– Reparaturen von Hilfsmitteln nach Ziffer I. 2.2 bis 2.4.

2.5 Hilfsmittel-Management
Wird eines der unter Ziffer I. 2.3 genannten Hilfsmittel über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen bzw. beschafft, so sind die Aufwendungen hierfür zu **100 %** erstattungsfähig.
Kann eines der unter Ziffer I. 2.3 genannten Hilfsmittel nicht über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen bzw. beschafft werden, so erstattet der Versicherer die Aufwendungen in medizinisch notwendiger Ausführung zu **100 %**.

2.6 Die Aufwendungen für Hilfsmittel, die unter Ziffer I. 2.2 bis 2.4 aufgelistet sind, sind insoweit erstattungsfähig, als diese im vorliegenden Versicherungsfall die medizinisch notwendige Versorgung gewährleisten.
Hilfsmittel, die nicht unter Ziffer I. 2.2 bis 2.4 aufgelistet sind, sind nicht erstattungsfähig. (Aktualisierungen nach Ziffer II. 2.)

3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus (mit Ausnahme von Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsbehandlungen) sind erstattungsfähig zu **100 %** die Aufwendungen für
a) allgemeine Krankenhausleistungen.
Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus

berechenbaren Aufwendungen einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Sozialgesetzbuch V.
In Krankenhäusern, die weder nach dem Krankenhausentgeltgesetz noch nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen.

b) Beleg- und Wahlärzte, Beleghebammen, - entbindungspfleger.
c) Unterkunft im Zweibettzimmer.
Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer erstattet.
d) Entbindungen im Entbindungsheim
e) ambulante Operationen im Krankenhaus.
Das in Ziffer I. 3.2 vorgesehene Krankenhaustagegeld entfällt.
f) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber.
g) psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I. 3.1 a), b) und c) bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr, ab dem 43. Tag zu **50 %.** Vor Behandlungsbeginn und vor Verlängerung der Behandlung ist eine Kostenzusage beim Versicherer einzuholen.
Das in Ziffer I. 3.2 vorgesehene Krankenhaustagegeld entfällt.
h) eine medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter, etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung.

3.2 Werden gleichzeitig die Unterkunft im zuschlagspflichtigen Zweibettzimmer und die wahlärztlichen Leistungen nach Ziffer I. 3.1 b) und c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR gezahlt.

4. Zahnbehandlung

4.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Aufwendungen für
a) diagnostische und anästhetische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen)
b) Heil- und Kostenpläne
c) prophylaktische Leistungen
Diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung.
d) chirurgische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen)
e) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
f) konservierende Leistungen einschließlich Gussfüllungen (Inlays) sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage), nicht jedoch Kronen.

4.2 Bei Gussfüllungen (Inlays) ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

5. Zahnersatz

5.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz werden zu **80 %** ersetzt. Voraussetzung ist, dass in den der Zahnersatzmaßnahme vorausgehenden drei Kalenderjahren jährlich eine zahnärztliche Prophylaxe nachgewiesen wird. Für jedes Jahr, in dem in diesem Zeitraum keine Prophylaxe durchgeführt wurde, vermindert sich der Erstattungssatz um 5 % bis auf mindestens 65 %.

Erstattungsfähig sind
a) Kronen und Brücken (mit Verblendung bis zum Zahn 5)
b) Implantate und die dazugehörigen diagnostischen, anästhetischen und chirurgischen Leistungen
c) prothetische Leistungen
d) Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
e) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch Material- und Laborkosten, die im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

5.2 In den ersten drei Kalenderjahren werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz aus einem Rechnungsbetrag bis zu insgesamt 3.000 EUR ersetzt. Diese Begrenzung entfällt bei Unfall.

5.3 Bei Zahnersatz ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

6. Kieferorthopädie

6.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage).

6.2 Bei Kieferorthopädie ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen.

7. Selbstbehalt

7.1 Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein Selbstbehalt von insgesamt
300 EUR im Tarif GesundheitPRIVAT 300
750 EUR im Tarif GesundheitPRIVAT 750
abgezogen.
Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.
Werden in einem Kalenderjahr Aufwendungen für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29, 4851) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 001, 100 bis 102, 200, 405, 406) erstattet, werden diese nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

7.2 Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, verringert sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.
Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung des Selbstbehaltes vereinbart, wird pro Monat ein Zwölftel des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen Selbstbehaltes für das gesamte Kalenderjahr zugrunde gelegt.

7.3 Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Arzt- und Zahnarztaufwendungen sind nach den Grundsätzen der GOÄ und GOZ, Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen der GebüH, Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der HebGebO, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der GOP bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.
In medizinisch begründeten Fällen sind für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen die Teile der Honorarvereinbarung, die über den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ liegen, bis zum 5,0-fachen Satz erstattungsfähig.
Der Versicherte hat dem Versicherer eine den Grundsätzen der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vorzulegen.

2. Das Heil- und Hilfsmittelverzeichnis (siehe Ziffer I 2.2. bis 2.6) und das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten sowie das Verzeichnis der über das Hilfsmittel-Management beziehbaren Hilfsmittel (siehe Ziffer 2.5) wird vom Versicherer auch für bestehende Versicherungsverhältnisse turnusmäßig (alle fünf Jahre, gerechnet ab 2008) auf seinen Anpassungsbedarf hinsichtlich des medizinischen Standards überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders der allgemeinen Preisentwicklung angepasst.

3. Abweichend von § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT gilt Folgendes:
Werden in einem Kalenderjahr lediglich Aufwendungen für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29, 4851) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 001, 100 bis 102, 200, 405, 406) erstattet, gelten die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT bezüglich des Anspruches auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung als erfüllt.

4. Versicherungsfähig sind berufstätige Personen, soweit sie keinen Beruf ausüben, der im „Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe im Tarif GesundheitPRIVAT“ des Versicherers aufgeführt ist.
Bei endgültiger Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Aktualisierungen des Verzeichnisses bleibt die Versicherungsfähigkeit für bereits nach Tarif GesundheitPRIVAT versicherte Personen bestehen.

Nicht berufstätige Ehegatten und Kinder sind unabhängig vom Beruf des Berufstätigen versicherungsfähig.
Das Versicherungsverhältnis im Tarif GesundheitPRIVAT endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich zu melden. Die versicherten Personen haben das Recht, in gleichartige Krankheitskostenvollversicherungstarife zu wechseln. Der Tarifwechsel erfolgt in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung; bei Erhöhung des Versicherungsschutzes können für Mehrleistungen besondere Vereinbarungen gemäß § 204 VVG getroffen werden.

III. Beiträge

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

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.
Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GOP	Gebührenordnung für psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
HebGebO	Verordnung über die Vergütung für Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung
PodG	Podologengesetz
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag

Heilmittelverzeichnis und Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten des Tarifs GesundheitPRIVAT

Stand: 01.04.2008, L107

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Elektrotherapie	
z. B. Reizstrom, Iontopherese	6,20
Stangerbad	20,50
Zwei-/Vierzellenbad	10,30
Ergotherapie	
Funktionsanalyse, Beratung, Behandlungsplanung	31,70
Einzelbehandlung bei motorischen Störungen (mindestens 30 min)	31,70
Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen	41,50
Einzelbehandlung bei psychischen Störungen (mindestens 60 min)	54,80
Einzelbehandlung bei Hirnleistungstraining (mindestens 30 min)	31,70
Gruppenbehandlung (mindestens 45 min)	14,40
Gruppenbehandlung bei psychischen Störungen (mindestens 90 min)	28,70
Hausbesuch inklusive Wegegeld (ärztlich verordnet)	8,20
Inhalationstherapie	
– einzeln (auch mit Ultraschallvernebler)	6,20
– in der Gruppe	3,10
Kältetherapie	
Eisanwendungen (z. B. Eisabreibungen, Eisbeutel)	9,25
Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft, Kältekammer)	9,75
Krankengymnastik	
– einzeln, Muskelaufbautraining	17,90
– in der Gruppe	6,15
– am Gerät	17,90
– auf neurophysiologischer Grundlage (nur bei Lähmungen oder motorischen Ausfallserscheinungen)	31,70
– im Bewegungsbad (einzeln)	22,00
– im Bewegungsbad (in der Gruppe)	10,80
– nach Bobath	31,80
– Voijta	31,80
Atemtherapie (Atmungsbehandlung)	17,90
Bewegungsübungen	7,70
Extensionsbehandlung	7,20
Hippotherapie (nur bei Lähmungen oder motorischen Ausfallserscheinungen)	31,70
Manuelle Therapie/Chirotherapie	20,50
Osteopathie/Cranio-sacral-Therapie je Sitzung	35,00
Logopädie	
Behandlungsplanung bei V. a. zentralen Sprachstörungen (einmal je Behandlungsfall)	56,50
Erstgespräch (nur wenn mit Behandlungsplanung und Besprechung)	30,20
Funktionelle Entwicklungstherapie bei motorischen Ausfallerscheinungen des Sprachbereichs (einzeln, mindestens 30 min)	33,80
sensomotorische Behandlung zentraler Sprachstörungen einschließlich aller dazugehörigen Maßnahmen (einzeln, mindestens 45 min)	41,50
Stimmtherapie bei Kehlkopflosen	38,40
Sprachübungsbehandlung einschließlich aller dazugehörigen Maßnahmen (einzeln, mindestens 30 min)	29,20
Sprachübungsbehandlung einschließlich aller dazugehörigen Maßnahmen, einzeln mindestens 45 min)	38,40
Sprachübungsbehandlung einschließlich aller dazugehörigen Maßnahmen (einzeln, mindestens 60 min)	48,10
Sprachübungsbehandlung gegebenenfalls mit Eltern in der Gruppe (einzeln, mindestens 45 min)	14,90

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Massagen	
medizinische Massage	12,80
Lymphdrainage – manuell nach Dr. Vodder	
– Großbehandlung (mindestens 30 min)	17,90
– Ganzbehandlung (mindestens 45 min)	27,10
apparative intermittierende Kompressionstherapie je Sitzung	8,20
Unterwasserdruckstrahlmassage	20,50
Packungen	
Einmalpackung (ohne Verwendung einer Folie, z. B. Naturmoor, Naturfango)	20,00
wiederverwendbare Packungen	11,30
Kaltpackung (z. B. Lehm, Quark)	9,20
Podologie	
Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	14,50
Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	8,70
Nagelbarbeitung beider Füße	13,05
Nagelbearbeitung eines Fußes	7,25
Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
Wärmetherapie	
Heiße Rolle	9,75
Infrarotbestrahlung	5,15
Ultraschallbehandlung	6,15
Wärmeanwendung, Heißluftbehandlung	5,70
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Tagessatz	82,00

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
Die Kosten für die Lagerhaltung und Implantatbohrer gehören zu den allgemeinen Praxiskosten. Diese sind mit den Zahnarztgebühren abgegolten. Zusätzlich sind die berechnungsfähigen Sachkosten nach § 4 Absatz 3 GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) erstattungsfähig. Hierzu gehören auch die Implantatteile.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Arbeitsvorbereitung	
Abdruck galvanisieren	13,29
Dowel-Pin setzen	3,07
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	13,29
Frässockel	9,20
Hilfsteil in Abdruck	13,29
Kontrollmodell	5,62
Kunststoffstümpfe	13,29
Lötmodell aus feuerfester Masse	5,62
Metallarmierung für provisorische Versorgung	28,63
Metallprovisorium verblenden, einfarbig und mehrfarbig	28,63
Modell, angeliefertes, untersockeln	5,62
Modell aus Hartgips oder Superhartgips oder feuerfester Masse	5,62
Modell aus Kunststoff	18,92
Modell für Einzelstümpfe	9,20
Modell für Facette oder Modellguss	5,62
Modell für Sägesegmente	9,20
Modell nach Abformgerät oder Funktionsabdruck	5,62
Modellergänzung aus Kunststoff	13,29
Modellmontage in individuellen Artikulator I / II / III	8,18
Modellmontage in Mandibular-Positions-Variator (MPV)	8,18
Modellmontage in Mittelwertartikulator I / II	8,18
Modellpaar sockeln, dreidimensional/ Kunststoff-Form	19,94
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	8,18
Modellpaar in Gipssockel fixieren	8,18
Montage eines Gegenkiefermodelles	8,18
Montage eines Modellpaares in Fixator	8,18
Okklusionsmodell	5,62
Okklusionsmodell für Sägesegmente	9,20
Remontagemodell	18,92
Sägemodell / Set-up Modell	9,20
Set-up, je Zahn	8,18
Spezialmodell	5,62
Split-Cast-Sockel an Modell	5,62
Stumpfabdruck galvanisieren	13,29
Stumpfmodell aus Metall, für galvanischen Aufbau	9,20
Teilmodell aus feuerfester Masse	5,62
Zahnkranz ausgießen	5,62
Herstellen von individuellen Hilfsmitteln	
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	9,71
Basis aus Kunststoff, bei Defektversorgung	18,92
Bisswall aus Kunststoff auf Basis	5,62
Bisswall aus thermoplastischem Material, oder Wachs auf Basis	5,62
Bisswall, folienbeschichtet, nach Schreinemakers, auf Basis	5,62
Formteil für provisorische Versorgung	16,87
Funktionslöffel aus Kunststoff / oder All Oral	18,92
Individueller Löffel aus Kunststoff	18,92
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, aus Kunststoff	28,63
Registrierplatte und -stift auf Basen	5,62
Spezialbissplatte	9,71
Tiefziehteil	16,87
Vorwall	12,27
Herstellen von festsitzendem Zahnersatz	
Auflage an Brückenglied	11,76
Angelieferte Modellation gießen	19,94
Anker gefräst, oder gegossen für Klebebrücke	70,05
Brückenglied aus Keramik, oder Kunststoff, massiv	50,11
Brückenglied, gefräst, massiv	50,11
Brückenglied, gegossen, massiv, auch für Kunststoffverblendung	50,11
Brückenglied, gegossen, oder gefräst für Keramik- oder Polymerglas- Teilverblendung	50,11
Brückenglied, gegossen, oder gefräst für Keramik- oder Polymerglas- Vollverblendung	50,11
Dreiviertelkrone, gefräst	70,05
Dreiviertelkrone, gegossen aus Metall	70,05
Dreiviertelkrone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Verblendung	70,05
Dreiviertelkrone, erodiert für Keramik- oder Polymerglasverblendung	70,05
Galvanokrone für Verblendung	70,05
Glasbrückenglied, gegossenes zur Keramikverblendung	50,11
Glaskrone, gegossen zur Keramikverblendung inkl. Verblendung	99,19
Glasonlay, gegossenes	92,03
Glasstiftaufbau, gegossen	46,02
Gussinlay, indirekt, einflächig	71,58
Gussinlay, indirekt, zweiflächig	81,81
Gussinlay, indirekt, dreiflächig oder mehrflächig oder Gussonlay	92,03
Stift in Inlay zum Pinledge	10,23
Halbkrone, erodiert oder gefräst oder gegossen	70,05
Hartkernstiftaufbau	46,02
Inlay aus Keramik, einflächig auch gefräst	71,58
Inlay aus Keramik, zweiflächig auch gefräst	81,81
Inlay aus Keramik, dreiflächig oder mehrflächig oder Onlay auch gefräst	92,03
Inlay aus gegossenem Glas oder Kunststoff, einflächig	71,58
Inlay aus gegossenem Glas oder Kunststoff, zweiflächig	81,81
Inlay aus gegossenem Glas oder Kunststoff, dreiflächig oder mehrflächig	92,03
Inlay aus Polymerglas oder Presskeramik, einflächig	71,58
Inlay aus Polymerglas oder Presskeramik, zweiflächig	81,81
Inlay aus Polymerglas oder Presskeramik, dreiflächig oder mehrflächig	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut, einflächig, inkl. Verblendung	71,58
Inlay galvanisch aufgebaut, zweiflächig, inkl. Verblendung	81,81
Inlay galvanisch aufgebaut, dreiflächig, inkl. Verblendung	92,03
Inlay galvanisch aufgebaut, mehrflächig, inkl. Verblendung	92,03
Inlaygerüst zur Verblendung, einflächig, inkl. Verblendung	71,58
Inlaygerüst zur Verblendung, zweiflächig, inkl. Verblendung	81,81
Inlaygerüst zur Verblendung, dreiflächig, inkl. Verblendung	92,03
Inlaygerüst zur Verblendung, mehrflächig, inkl. Verblendung	92,03
Kreuzgussinlay	81,81
Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	13,29
Krone, Brückenglied, passend für vorhandene Prothese einarbeiten	13,29
Krone aus Hartkernkeramik (z.B. Zirkonoxidkronen), inkl. Verblendung	99,19
Krone aus Keramik, gefräst (z.B. mit Procera), inkl. Keramikverblendung	99,19
Krone aus Presskeramik (z.B. Empresskronen), inkl. Keramikverblendung	99,19
Krone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	61,87
Krone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	61,87
Krone, erodiert, nach Stufenpräparation	70,05
Krone, gefräst, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	61,87
Krone, gefräst, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	61,87
Krone, gefräst, nach Stufenpräparation	70,05
Krone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	61,87
Krone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	61,87
Krone, gegossen, für Kunststoffverblendung	70,05
Krone, gegossen, nach Stufenpräparation	70,05
Künstliches Zahnfleisch	30,68
Lager für Ankerbandklammer	52,66
Lager für Raste	13,29
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	52,66
Lösungsknopf für abnehmbare Brücke/ oder für Krone	15,34
Mantelkrone, Frontzahn oder Seitenzahn, aus Kunststoff	63,91

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Mantelkrone, Frontzahn, aus Keramik oder Polymerglas	99,19
Mantelkrone, Seitenzahn, aus Keramik oder Polymerglas	99,19
Mehrflächige Verblendung aus Keramik	76,69
Onlay aus gegossenem Glas/Keramik/Kunststoff auch gefräst	92,03
Papille aus Keramik	30,17
Papille aus Kunststoff/Polymerglas	13,80
Sattelpontic aus Kunststoff/Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Schulter aus Kunststoff/Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Sintergerüst für Inlay, einflächig inkl. Verblendung	71,58
Sintergerüst für Inlay, zweiflächig inkl. Verblendung	81,81
Sintergerüst für Inlay, dreiflächig/mehrflächig inkl. Verblendung	92,03
Sintergerüst für Krone	61,87
Stiftaufbau, direkt	19,94
Stiftaufbau, indirekt	46,02
Stiftaufbau in vorhandene Krone	13,29
Stufenkrone aus Kunststoff/Polymerglas	63,91
Stufenkrone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	70,05
Stufenkrone, erodiert, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	70,05
Stufenkrone, gefräst, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	70,05
Stufenkrone, gefräst für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	70,05
Stufenkrone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Teilverblendung	70,05
Stufenkrone, gegossen, für Keramik- oder Polymerglas-Vollverblendung	70,05
Teilverblendung aus Keramik/Glas	76,69
Teilverblendung aus Kunststoff	46,02
Umgehungsbügel bei Diastema	11,25
Verblendschale aus gegossenem Glas/Keramik auch gefräst	76,69
Verblendschale aus Kunststoff	46,02
Verblendschale aus Presskeramik/Glas	76,69
Vollverblendung aus Kunststoff	46,02
Vollverblendung aus Polymerglas	76,69
Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	19,94
Wurzelkappe, erodiert, mit Aufbau	61,87
Wurzelkappe, indirekt, ohne Aufbau	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Aufbau für Krone	61,87
Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Kaufläche für Kunststoffverblendung	61,87
Galvano-Wurzelkappe	61,87
Wurzelpontic aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Wurzelpontic aus Kunststoff	13,80
Wurzelstift, gegossen, aus Metall	19,94
Zahnfleisch aus Keramik/Glas/Polymerglas	30,17
Zahnfleisch aus Kunststoff	13,80
Herstellen und Verarbeiten von Verbindungselementen	
Ankerbandklammer, sekundär	117,09
Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	41,93
Doppelkrone, primär oder sekundär auch für Verblendungen	102,26
Doppelkronenriegel	154,41
Drehriegel/ Doppeldrehriegel, auch funkenerodiert	154,41
Federbolzen	41,93
Verschraubung/Verbolzung, auch funkenerodiert	41,93
Friktionsstift	41,93
Individueller Steg, Grundeinheit inkl. Längeneinheit	83,34
Individuelles Geschiebe, primär oder sekundär	117,09
Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	97,15
Konfektionsgeschiebeanker,-gelenk, primär, extra/intrakoronal	69,54
Konfektionsgeschiebe/-riegel/ verriegelnd, primär/oder sekundär	69,54
Konfektionssteg, Grundeinheit inkl. Längeneinheit und Schleimhautkontakt	83,34
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis/oder Metallbasis	45,50
Konuskrone, primär/oder sekundär/ auch als Wurzelstiftkrone	102,26
Konuskrone, sekundär für Keramik- oder Kunststoffverblendung	102,26
Lösungsknopf für Verbindungselement	15,34
Rillen-Schulter-Geschiebe, sekundär	117,09
Schub- oder Steckriegel/ auch funkenerodiert	154,41
Schubverteilungsarm	53,69
Schwenkriegel/ oder Doppelschwenkriegel/ auch funkenerodiert	154,41
Teleskopkrone, primär/ oder sekundär/ auch für Verblendungen	102,26
Teleskop- oder Doppelkrone, primär, als Wurzelstiftkrone	102,26
Teleskopteilkrone, primär/ oder sekundär/ auch für Verblendungen	102,26
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Adams-Klammer, gebogen	14,83
Approximalklammer, gebogen	9,71
Approximalklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Auflage, gebogen	9,71
Auflage, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Aufstellen, Grundeinheit	28,63
Aufstellen auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,05
Aufstellen auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,07
Aufstellen, je Zahneinheit bei Totalprothese Ober- und Unterkiefer	3,07
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff	83,34
Basisteil, gegossen/ auch aus Edelmetall	62,89
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenen Kunststoff, Pontic	32,72
Bonwill-Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	39,88
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer/ auch aus Edelmetall	19,94
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	9,71
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	28,63
Doppelbogenklammer, gebogen	14,83
Doppelbogenklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Dreiecksklammer, gebogen	8,69
Einarmige Klammer, gebogen	9,71
Einarmige Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Fertigstellen mit Kunststoffbasis/oder Metallbasis, je Zahneinheit	3,58
Fortlaufende Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Gebogene Retention	40,90
Gegenlager, gebogen	9,71
Gegenlager, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Gitter, partiell/ total oder Bügel	120,15
Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoff-/ Metallbasis	45,50
Haltesporn, gebogen	8,69
Herstellen eines Zahnes aus zahnfarbenen Kunststoff	32,72
Inlayklammer, gebogen	9,71
Inlayklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Interdental-Knopfklammer	9,71
Jackson-Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Kappe, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Kaufläche aus zahnfarbenen Kunststoff	32,72
Klammer, einzeln gegossen/ auch aus Edelmetall	18,92
Kralle, gebogen	9,71
Kralle, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	17,90
Lösungsknopf für Friktionsprothese, gegossen oder gebogen	15,34
Metallbasis, Oberkiefer, partiell/ oder total	120,15
Metallbasis, Unterkiefer, partiell/ oder total	120,15
Metallbasis als fortlaufende Klammer ohne Bügel	120,15
Metallbasis Unterkiefer als Vestibulärbügel	120,15
Metallkaufläche/ auch aus Edelmetall	37,32
Metallzahn/ auch aus Edelmetall	37,32
Ösenklammer, gebogen	9,71
Pelottenklammer	9,71
Pfeilanker, gebogen	8,69
Pfeilklammer, gebogen	14,83
Retention, gegossen/ auch aus Edelmetall	50,11
Ringklammer, gegossen	19,94
Ringklammer mit Auflage, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Frontzahn	37,32
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, Backenzahn/ auch aus Edelmetall	37,32
Rücklaufklammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Silberzinnbasis	120,15
Sonderkunststoff verarbeiten	83,34
Stiel, gegossen/ auch aus Edelmetall	11,25
Tropfenklammer, gebogen	9,71
Unterfütterbarer Abschlussrand	17,90
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	9,71

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	14,83
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/ auch aus Edelmetall	28,63
Voßklammer, gebogen	14,83
Zahnfleischklammer	9,71
Zweiarmige Klammer, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen/ auch aus Edelmetall	19,94
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	14,83
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/ auch aus Edelmetall	28,63
Herstellen von Metallverbindungen und Oberflächenbeschichtung	
Lichtbogenschweißen je Verbindung	14,32
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	14,32
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	14,32
Lötung auf Modell, Grundeinheit	14,32
Laser-/Plasma/Punkt/-schweißen, je Verbindung	14,32
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	25,05
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aktiver Sporn	8,18
Ankerband/ Ankerkappe	19,43
Auflage-KFO	9,71
Außenbogen	21,47
Basis für Einzelkiefergerät	47,04
Basis für KFO-Gerät	99,19
Coffin-Feder	21,47
Doppelplatten-Führungssporn	23,52
Dorn	8,18
Druckfeder, Zugfeder	10,23
Facebow anpassen	10,23
Feder, gekreuzt	8,18
Feder, geschlossen/- kompliziert	10,23
Feder, offen	8,18
Federbügel	23,52
Führungssporn	8,18
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	47,04
Häkchen	8,18
Hochlabialbogen	23,52
Innenbogen	21,47
Interokklusial-Stopp	8,18
Kinnkappe mit Retentionshaken	47,04
Kunststoffschild	16,36
Labialbogen	18,41
Labialbogen, intermaxillär	28,12
Labialbogen, modifiziert	23,52
Lingualbogen/ Lingualer Frontalbogen	21,47
Lötung Drahtbruch	14,32
Lötung je zusätzliche Einheit	14,32
Palatinalbogen	21,47
Pelotte	16,36
Positioner	99,19
Protrusionsbogen	10,23
Retentionsschiene	60,84
Rücklaufsporn	8,18
Schiefe Ebene aus Kunststoff/ oder gegossen	39,37
Schraube einarbeiten	14,32
Schraube einarbeiten, kompliziert	21,47
Spezialschraube zur asymmetrischen Bewegung	21,47
Spezialschraube zur Einzelzahnbewegung	21,47
Spezialschraube zur Metallverbindung	21,47
Spezialschraube zur Sektorenbewegung	21,47
Spike/ Stopp	8,18
Teilaußenbogen/ Teilinnenbogen	21,47
Trennen einer Basis/ auch erschwert	6,14
Vorbiss oder Rückbiss	9,71
U-Bügel	23,52
Verarbeiten eines Röhrchens/ oder Schlosses	10,23
Verankerungsklammer	14,83
Vorhofplatte	52,66
Zungengitter	16,36

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbissschiene	102,26
Aufbissplatte nach Schulz-Bongert/ Shore oder Schöttl	102,26
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	42,44
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	42,44
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	9,20
Basis, tiefgezogen	18,92
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	102,26
Medikamententrägerschiene	60,84
Schiene, tiefgezogen	60,84
Schiene, tiefgezogen, zweiphasig	102,26
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	9,20
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	21,99
Wundverband, Autopolymerisat/ Wundverbandplatte, tiefgezogen	60,84
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	12,78
Basisteil unterfüttern auch KFO	37,32
Basis unterfüttern auch KFO	51,13
Basis erneuern	62,38
Erweitern einer Aufbissschiene, Grundeinheit	17,38
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit - auch KFO	17,38
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	17,38
Instandsetzen einer Aufbissschiene, Grundeinheit	15,85
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit - auch KFO	17,38
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	15,85
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inkl. Trennspalt	33,75
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	7,67
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	7,67
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	33,75
Leistungseinheit, instandsetzen individueller Riegel	7,67
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	7,67
Leistungseinheit, instandsetzen Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, nacharbeiten Keramikverblendung	7,67
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	7,67
Leistungseinheit, Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	7,67
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	7,67
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	6,65
Leistungseinheit, Retention/ Basisteil einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	7,67
Leistungseinheit, Sekundärteil	7,67
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff/ oder Metall	7,67
Leistungseinheit, Verlängerung	7,67
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	7,67
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	7,67
Remontieren von KFO-Gerät	42,95
Implantate und Suprastrukturen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	30,68
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	50,11
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	30,17
Implantatachse und –ort festlegen, je Zahn	21,47
Implantat-Dievergenz-Ausgleichskrone gegossen	67,49
Implantat-Kontrollschablone	29,14
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	3,58
Parallelbohrschablone für Implantat, je Zahn	33,23
Verlängerungshülse für Implantat	13,80
Verschraubung, Implantat	43,46
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	12,27
Zahn vermessen	1,28
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Metall	20,45
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien individuell gestaltet, in Keramik	24,03
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder gegossenem Glas	14,32
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Keramik	14,32

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Selektives Einschleifen, je Zahn	15,34
Sonstiges	
Versand, je Versandgang	3,58
Sonderversand oder Fahrtkosten	3,58
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	10,23

Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe im Tarif GesundheitPRIVAT

Stand: 01.04.2008, V485

Im Tarif GesundheitPRIVAT sind berufstätige Personen versicherbar, soweit sie keinen der grundsätzlich nicht versicherbaren Berufe ausüben.

Dies sind Berufe nach den Berufsgruppen*

Schlüssel	
7	Bergleute
8	Mineral-, Erdöl-, Ergasgewinner
9	Mineralaufbereiter
11	Baustoffhersteller (als Arbeitnehmer)
19	Metallerzeuger, Walzer
20	Former, Formgießer (als Arbeitnehmer)
25	Schmiede
36	Textilveredler (als Arbeitnehmer)
44	Maurer, Betonbauer
45	Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer
46	Straßen-, Tiefbauer
47	Bauhilfsarbeiter
53	Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeit
99	Arbeitskräfte ohne nähere Tätigkeit

sowie

- Personen, die besonders gefährliche oder körperliche anspruchsvolle Berufe ausüben
- Personen, die berufsmäßig Sport betreiben
- Barbesitzer und Barangestellte
- Prostituierte
- Kokereiarbeiter
- Arbeitslose, Erwerbslose, Arbeitssuchende

* Die Zuordnung in die Berufsgruppen erfolgt auf Basis der Zuordnung des Verzeichnisses der Bundesagentur für Arbeit.

Der Versicherer kann dieses Verzeichnis im Rahmen von Beitragsanpassungen überprüfen und ggf. ändern. Bei endgültiger Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Aktualisierungen des Verzeichnisses bleibt die Versicherungsfähigkeit für bereits nach Tarif GesundheitPRIVAT versicherte Personen bestehen.

Tarif GrundschutzPRIVAT
Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.09.2008, V483
Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Erst- und Folgebehandlungen
- zu **100 %**, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin, praktischen Arzt, einen Internisten (sofern dieser hausärztlich tätig ist und rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis über hausärztliche Tätigkeit vorgelegt wird), einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, einen Notarzt oder einen Bereitschaftsarzt erfolgt. Als Beleg für die Erstattung von Folgebehandlungen, die bei einem der oben nicht aufgeführten Ärzte stattgefunden hat, ist der jeweiligen Rechnung die Überweisung des Erstbehandlers beizufügen.
- zu **80 %**, wenn die Erstbehandlung nicht durch einen der oben aufgeführten Ärzte durchgeführt wird.

1.2 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Aufwendungen für
a) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen,
b) Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen,
c) Hebammen und Entbindungspfleger,
d) den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung bis zu einer Entfernung von 100 km.

1.3 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für
a) Verbandmittel zu **100 %** und
b) Arzneimittel:
Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Aufwendungen für Generika und für Originalpräparate, für die es keine Generika gibt. Nimmt die versicherte Person Originalpräparate in Anspruch, obwohl für diese Generika vorhanden sind, sind die Aufwendungen zu **80 %** erstattungsfähig.
Ein Generikum (auch Nachahmerpräparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen befindlichen Medikaments.

1.4 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Aufwendungen für Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen (nach dem PodG) nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage).

1.5 Nicht erstattungsfähig sind alle nicht aufgeführten Aufwendungen, insbesondere
- die Aufwendungen für die Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung,
- psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871),
- Heilbehandlungen und Verordnungen eines Heilpraktikers.

2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Aufwendungen für
- Absauggeräte
- Beatmungs- und Schlafapnoegeräte sowie Geräte zur Sauerstoffversorgung
- Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen
- Orthesen (mit Ausnahme von Einlagen)
- Inkontinenz- und Stomaartikel
- Prothesen
- Krankenfahrstühle in einfacher Ausführung bis zu einem Rechnungsbetrag von 1300 Euro
- jeweils 1 Hörgerät je Ohr innerhalb von 5 Kalenderjahren. Hierbei ist je Hörgerät ein Rechnungsbetrag von maximal 1000 Euro erstattungsfähig.

2.2 Die Aufwendungen für Hilfsmittel, die unter Nr. 2.1 aufgelistet sind, sind bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag in Höhe von 3000 Euro pro Kalenderjahr insoweit erstattungsfähig, als diese im vorliegenden Versicherungsfall die medizinisch notwendige Versorgung gewährleisten.

Hilfsmittel, die nicht unter Nr. 2.1 aufgelistet sind, sind nicht erstattungsfähig (Aktualisierungen nach Ziffer II.2.).

3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus sind erstattungsfähig zu **100 %** die Aufwendungen für
a) allgemeine Krankenhausleistungen.
Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Aufwendungen einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Sozialgesetzbuch V.
b) Belegärzte und Beleghebammen/-entbindungspfleger im Notfall.
c) ambulante Operationen im Krankenhaus.
d) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber.
e) überwiegend psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I. 3.1 a), b) und c) bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr, ab dem 43. Tag zu **50 %.** Vor Behandlungsbeginn und vor Verlängerung der Behandlung ist eine Kostenzusage beim Versicherer einzuholen.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind alle nicht aufgeführten Aufwendungen, insbesondere
- Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsbehandlungen,
- Behandlungen in Krankenhäusern, die weder nach dem Krankenhausentgeltgesetz noch nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen,
- wahlärztliche Leistungen.

4. Zahnbehandlung

4.1 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Aufwendungen für
a) diagnostische und anästhetische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen)
b) prophylaktische Leistungen
c) chirurgische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen)
d) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
e) konservierende Leistungen, nicht jedoch Kronen und Inlays.

4.2 Nicht erstattungsfähig sind alle nicht aufgeführten Aufwendungen, insbesondere
- die Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie,
- implantologische Leistungen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
- Veneers, Kronen und Inlays,
  sowie die jeweils dazugehörigen Material- und Laborkosten.

5. Selbstbehalt

5.1 Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein Selbstbehalt von insgesamt 900 Euro abgezogen.
Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Werden in einem Geschäftsjahr Aufwendungen für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29, 4851) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 001, 100 bis 102, 200, 405, 406) erstattet, werden diese nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

5.2 Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, verringert sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

5.3 Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Arztaufwendungen sind bis zum 1,8-fachen, Zahnarztaufwendungen bis zum 2,0-fachen, medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,38-fachen, Laborleistungen bis zum 1,16-fachen Gebührensatz der jeweils gültigen GOÄ und GOZ, Aufwendungen für Hebammen und Entbindungshelfer nach den Grundsätzen der HebGebO erstattungsfähig.

2. Das Heil- und Hilfsmittelverzeichnis (siehe Ziffer I 2.1) wird vom Versicherer turnusmäßig (alle fünf Jahre, gerechnet ab 2008) auf seinen Anpassungsbedarf hinsichtlich des medizinischen Standards überprüft und der allgemeinen Preisentwicklung angepasst.

3. Abweichend von § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT gilt Folgendes:
Werden in einem Kalenderjahr lediglich Aufwendungen für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29, 4851) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 001, 100 bis 102, 200, 405, 406) erstattet, gelten die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT bezüglich des Anspruches auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung als erfüllt.

III. Beiträge

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

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis:

GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HebGebO	Verordnung über die Vergütung für Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung
PodG	Podologengesetz
AVB/VT	AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Heilmittelverzeichnis des Tarifs GrundschutzPRIVAT

Stand: 01.09.2008, L48

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Elektrotherapie	
z. B. Reizstrom, Iontopherese	5,00
Krankengymnastik	
Einzelbehandlung, auch am Gerät	15,00
Gruppenbehandlung	5,00
Bewegungsübungen	5,00
Extensionsbehandlung	5,00
Massagen	
medizinische Massage	8,00
Lymphdrainage – manuell nach Dr. Vodder	
– Großbehandlung mindestens 30 min	15,00
– Ganzbehandlung mindestens 45 min	20,00
Kompressionstherapie – je Sitzung -	10,00
Packungen	
z.B. Naturmoor, Naturfango, wiederverwendbare Packungen	10,00
Podologie	
Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	10,00
Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	5,00
Nagelbarbeitung beider Füße	10,00
Nagelbearbeitung eines Fußes	5,00
Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	20,00
Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	10,00
Ergotherapie / Logopädie	
Analyse, Beratung, Behandlungsplanung (einmal je Behandlungsfall)	30,00
Einzelbehandlung (mindestens 30 min)	25,00
Einzelbehandlung (mindestens 45 min)	30,00
Einzelbehandlung (mindestens 60 min)	35,00
Gruppenbehandlung (mindestens 45 min)	10,00

Tarif OptionPRIVAT Anwartschaftsversicherung

Stand: 01.12.2009, SAP-Nummer: V490

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

a) in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig sind oder für die aufgrund einer Pflichtversicherung Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht

b) bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) eine Krankheitskostenvollversicherung gemäß § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) haben.

II. Optionsrecht

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

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

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

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

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

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

c) Für die Beitragseinstufung in die Zieltarife gilt dann das tarifliche Eintrittsalter des gewählten Tarifes zum Wechselzeitpunkt.

d) Wird die Umstellung auf einen höheren Versicherungsschutz als unter Abschnitt III bzw. IV zugesichert beantragt, findet hinsichtlich des erhöhten Versicherungsschutzes eine erneute Gesundheitsprüfung statt. Die Annahme des Antrages hinsichtlich eines erhöhten Versicherungsschutzes kann insoweit von einem Beitragszuschlag oder einem Leistungsausschluss abhängig gemacht werden.

e) Wurden beim Abschluss des Tarifes OptionPRIVAT bereits besondere Bedingungen (z.B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) vereinbart, werden diese beim Wechsel in die Krankheitskostenvollversicherung, die Krankentagegeldversicherung bzw. eine Krankenzusatzversicherung übertragen; Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

f) Leistungen werden nach Wechsel in einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung oder Krankenzusatzversicherung ohne Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn bezeichneten Zeitpunkt an gezahlt. Dies gilt jedoch nicht für die private Pflegepflichtversicherung. Hier gelten die Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

III. Wechsel in einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung

a) Als Krankheitskostenvollversicherung gilt ein Versicherungsschutz mit maximal folgendem Leistungsumfang:

- ambulante Heilbehandlung
- stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf privatärztliche Behandlung und Unterkunft in einem Einbettzimmer
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

b) Arbeitnehmer können als Krankentagegeldversicherung einen Versicherungsschutz ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vereinbaren:

- bis jeweils zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens;
- höchstens jedoch 130 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer zum Zeitpunkt, an dem das Optionsrecht ausgeübt wird.

c) Selbständige können als Krankentagegeldversicherung einen Versicherungsschutz ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vereinbaren:

- bis jeweils zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens;
- höchstens jedoch 130 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer zum Zeitpunkt, an dem das Optionsrecht ausgeübt wird.

Selbständige Existenzgründer können die Krankentagegeldversicherung mit höchstens 90 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren.

d) Bei einem Wechsel von in der GKV versicherten Personen in einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung nach Abschnitt II. a) muss der Versicherungsnehmer veranlassen, dass die Umstellung spätestens sechs Monate nach Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung in Kraft getreten ist.

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

a) Als Krankenzusatzversicherung gilt ein Versicherungsschutz mit maximal folgendem Leistungsumfang:

- ambulante Heilbehandlung mit Anspruch auf Kostenerstattung
- stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf privatärztliche Behandlung und Unterkunft in einem Einbettzimmer
- Zahnersatz
- Krankentagegeld in Ergänzung zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ausgenommen sind Tarife der Pflegeergänzungsversicherung.

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

V. Ende der Versicherungsdauer

Die Versicherung nach Tarif OptionPRIVAT endet

a) für Personen, die im Tarif OptionPRIVAT neben ihrer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (gemäß Abschnitt I. a):

- nach Ablauf von 10 Jahren seit Versicherungsbeginn im Tarif OptionPRIVAT oder

- sechs Monate nach Ende der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Familienversicherung im Rahmen der Pflichtversicherung oder
- mit Ausübung des Optionsrechts nach Abschnitt III bzw. IV.

b) für Personen, die im Tarif OptionPRIVAT neben ihrer Versicherung in einem anderen Unternehmen der PKV versichert sind (gemäß Abschnitt I. b):
- nach Ablauf von 18 Monaten seit Versicherungsbeginn im Tarif OptionPRIVAT oder
- mit Ausübung des Optionsrechts nach Abschnitt III

VI. Beiträge

a) Die Beiträge im Tarif OptionPRIVAT ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

b) Die Beiträge im Tarif OptionPRIVAT werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

c) Der Beitrag im Tarif OptionPRIVAT wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

d) Der Beitrag ändert sich nicht, solange das Versicherungsverhältnis im Tarif OptionPRIVAT besteht.

VII. Beitragszahlung

a) Der Beitrag im Tarif OptionPRIVAT ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

c) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, verpflichtet.

Tarif ExpertPLUS
Serviceversicherung
zu Tarifen mit stationärem Top-Schutzniveau

Stand: 01.07.2008, V443

I. Versicherungsfähigkeit

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

II. Leistungsvoraussetzung

1. Versicherungsschutz besteht bei Behandlung folgender Erkrankungen:

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

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

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

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

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

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

"ExpertPLUS – eilt!"

oder sinngemäß gekennzeichnet ist.

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

III. Versicherungsfall

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

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

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

IV. Versicherungsleistungen

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

1. Organisation der Behandlung durch Experten

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

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

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

1.3. Der Versicherer sichert zu, dass
- die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert,
- oder die Vorstellung in der prästationären Sprechstunde des Experten

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

Die Fünftagefrist beginnt einen Tag, nachdem der Spezialeinheit des Versicherers die Nachweise, mit dem deutlich sichtbaren **Vermerk "ExpertPLUS – eilt!"** gekennzeichnet, zugegangen sind und der Versicherte mitgeteilt hat, bei welchem der zur Verfügung stehenden Experten er in Behandlung gehen möchte.

Sollte der Versicherte nicht transportfähig sein, beginnt die Frist zu laufen, nachdem er der Spezialeinheit die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitgeteilt hat.

1.4. Ist der Experte unvorhergesehen verhindert, kann die Operation oder Sprechstunde durch seinen ständigen Vertreter erfolgen. Unvorher-gesehen heißt, dass der Experte durch Krankheit, eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung der Vorrang einzuräumen ist, oder durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.

1.5. Wenn keine Operation erforderlich ist, besteht kein Anspruch, dass nach der Empfehlung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch den Experten aus dem Ärztenetz erfolgt. Diese Behandlung kann vielmehr auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungs-schutzes auch von anderen Behandlern erbracht werden.

1.6. Der Versicherer entscheidet, mit welchen Experten er im Tarif ExpertPLUS zusammenarbeitet. Der Versicherer kann die Zusammen-arbeit mit einzelnen Experten jederzeit beenden, insbesondere, wenn diese sich nicht an die getroffenen Vereinbarungen (z. B. bezüglich Termineinhaltung, Behandlungsqualität) halten.

Die Aufnahme eines Arztes oder Behandlers in das Ärztenetzwerk oder die Beendigung der Zusammenarbeit haben keinen Einfluss auf die vertraglichen Beziehungen des Versicherten zu dem Arzt oder Behandler und auch nicht auf die Erstattungsfähigkeit dessen Honorars aus dem bestehenden Stationärtarif. Mit der Beendigung der Zusammenarbeit im Ärztenetzwerk ist lediglich eine Vermittlung gemäß den Bestimmungen des ExpertPLUS nicht mehr möglich.

1.7. Der Versicherte kann unter den vorgeschlagenen Experten (siehe IV., 1.2.) wählen. Durch die Auswahl der Experten ergibt sich, wo die Expertenleistungen erbracht werden.

2. Aufwandspauschale

Ist der Versicherungsfall nachgewiesen, leistet der Versicherer in jedem Fall eine Aufwandspauschale in Höhe von 500 EUR, unabhängig davon, ob die sonstigen Leistungen in Anspruch genommen werden. Ein Nachweis entsprechender Kosten ist nicht erforderlich.

3. Ersatzpauschale

Kann die Fünftagefrist ausnahmsweise nicht eingehalten werden, besteht Anspruch auf eine Ersatzpauschale in Höhe von 500 EUR. Das Recht des Versicherten, einen weitergehenden Schaden nachzuweisen, bleibt unberührt. Der Versicherer versucht danach weiterhin, schnellstmöglich die Leistungen zu erbringen. Ein erneuter Anspruch auf die Ersatzpauschale besteht erst nach Ablauf der in 4. genannten Fristen.

4. Leistungsanspruch pro Versicherungsfall

4.1. Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht pro Versicherungsfall nur einmal. Ein erneuter Anspruch auf Leistungen besteht im Rahmen derselben Erkrankung frühestens nach 12 Monaten.

4.2. Die 12-Monatsfrist gilt nicht bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles.

Ergänzende Bedingungen

Der Tarif ExpertPLUS wird von der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG als rechtlich unabhängige Risikoträger (Versicherer) gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten.
Versicherer ist – auch im Folgenden – der jeweilige Risikoträger, d.h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde. In diesem Tarif wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

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

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

§ 2 Wartezeiten
1. Die Wartezeit wird vom Versicherungsbeginn an gerechnet.

2. Die Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
a) bei Unfällen;
b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

3. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet. Personen, die aus einer deutschen privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit in einer Krankheitskostenvollversicherung auf die Wartezeit angerechnet. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge. Voraussetzung ist jeweils, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss beginnen soll.

§ 3 Ende des Versicherungsschutzes
1. Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des laufenden Jahres.

2. Der Versicherungsnehmer kann den Tarif ExpertPLUS unabhängig vom Weiterbestehen der zugrunde gelegten Stationärtarife zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

3. Die Versicherung im Tarif ExpertPLUS endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem deren Versicherung nach dem entsprechenden Stationärtarif endet.

4. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Ver-sicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 5 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 6, kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats von Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 4 Beiträge

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

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

3. Die monatlichen Beitragsraten richten sich dann nach dem jeweiligen Lebensalter. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. In diesen Fällen besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht.

4. Die Beitragszahlung erfolgt analog den Stationärtarifen

5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 5 Beitragsanpassung

1. Während der Vertragsdauer können sich die Kosten für Versicherungsleistungen aufgrund veränderter durchschnittlicher Vertragsdauern, insbesondere wegen steigender Lebenserwartung, und die Häufigkeit der Inanspruchnahme ändern. Dementsprechend vergleichen die Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 vom Hundert, werden die Beiträge von den Versicherern überprüft und, soweit erforderlich, nach Maßgabe der technischen Berechnungsgrundlagen angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Diese Anpassung erfolgt bei beiden Risikoträgern des Tarifs nach gemeinsamen Berechnungsgrundlagen einheitlich für den gesamten gemeinsamen Versichertenbestand.

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

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

§ 6 Änderungen der Versicherungsbedingungen

Der Versicherer ist berechtigt, die Tarifbedingungen zu ändern, wenn und soweit dies zur Wahrung der Interessen der Versicherten geboten ist. Dies gilt insbesondere, wenn einzelne zu vermittelnde Dienste auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr angeboten werden oder umgekehrt neue Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen verfügbar werden.
Im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts und den dadurch bedingten Änderungen im Gesundheitswesen kann die Auswahl der genannten Diagnosen und/oder Therapien angepasst werden.

KT-Tarife
Krankentagegeldversicherung

Stand: 01.01.2000, V210
Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung.

Krankentagegeldversicherung nach den Tarifen
KT 8, KT 15, KT 22, KT 29
Versicherungsfähig sind alle einkommensteuerpflichtigen Personen, die ihren Beruf selbständig bzw. freiberuflich ausüben.

Krankentagegeldversicherung nach den Tarifen
KT 43 – KT 365
Versicherungsfähig sind alle Personen, die Arbeitnehmer in einem festen Dienst- oder Arbeitsverhältnis sind; ferner alle Personen, die ihren Beruf selbständig bzw. freiberuflich ausüben.

I. Versicherungsleistungen

1. Bei vorübergehender völliger Arbeitsunfähigkeit zahlt der Versicherer ein Krankentagegeld nach

Tarif	KT 8	KT 15	KT 22	KT 29	KT 43	KT 64	KT 85	KT 92	KT 106	KT 127	KT 183	KT 274	KT 365
ab dem	8.	15.	22.	29.	43.	64.	85.	92.	106.	127.	183.	274.	365.
Tag der Arbeitsunfähigkeit													
Karenzzeit	1	2	3	4	6	9	12	13	15	18	26	39	52
Wochen													

2. Der Versicherer bietet die Möglichkeit, das Krankentagegeld ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten dem steigenden Einkommen anzupassen. Nähere Angaben hierzu unter Tarifbedingungen zu § 4 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung.

3. Berufskrankheiten und Berufsunfälle sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

II. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

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

Tarif KH
Krankenhaustagegeldversicherung

Stand: 01.01.2000, V150
Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB).

I. Versicherungsleistungen

1. Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes wegen Krankheit oder Unfall sowie bei stationärer Entbindung wird ohne Kostennachweis ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

2. Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

3. Als Krankenhäuser im Sinne von § 4 Absatz 4 AVB gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser. Bei Behandlung im Truppensanitätsbereich wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

4. Die Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung.

II. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

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

Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Tarif PflegePREMIUM
Pflegetagegeldversicherung

Stand: 01.07.2008, SAP-Nummer: V773
Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind.

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

II. Versicherungsleistungen

Leistungspflicht besteht ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I, II bzw. III, frühestens jedoch nach Ablauf der Wartezeit. Dabei wird die von der Pflegepflichtversicherung vorgenommene Zuordnung des Versicherten in eine der drei Pflegestufen zugrunde gelegt.

1. Pflegetagegeld
Mit Eintritt der Leistungspflicht wird das vereinbarte Pflegetagegeld
in der Pflegestufe I zu **30 %**
in der Pflegestufe II zu **60 %**
in der Pflegestufe III zu **100 %**
gezahlt.

2. Einmalzahlung
Beim erstmaligen Eintritt in die Pflegestufe I, II oder III leistet der Versicherer eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen vereinbarten Tagessatzes.

Diese Einmalzahlung wird während der gesamten Laufzeit höchstens einmal gewährt.

Abweichend von § 3 AVB/EPV-VT entfällt für diese Einmalzahlung die Wartezeit.

3. Beitragsfreistellung
Ab dem Eintritt der Leistungspflicht besteht abweichend von § 8 Absatz 6 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistungspflicht wegfällt. Die Beitragsfreistellung beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit.

III. Beiträge

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

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

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

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

IV. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.
Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt im Statistischen Jahrbuch veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen.

2. Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II bzw. III.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.
- Aufgrund des bisher versicherten Pflegetagegeldes ergibt der Anpassungssatz eine Erhöhung des versicherten Tagegeldes von mindestens 1 Euro.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes beträgt 1 Euro oder ein Vielfaches davon.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monates, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer zweimal unmittelbar nacheinander der Leistungsanpassung, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

V. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung wird eine nach § 12 a Absatz 2 a Satz 4 VAG mögliche Leistungserhöhung vorgenommen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz

Tarif PflegeOPTIMAL
Pflegetagegeldversicherung

Stand: 01.02.2006, V732
Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind.

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

II. Versicherungsleistungen

Leistungspflicht besteht ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II bzw. III, frühestens jedoch nach Ablauf der Wartezeit. Dabei wird die von der Pflegepflichtversicherung vorgenommene Zuordnung des Versicherten in eine der drei Pflegestufen zugrunde gelegt.

1. Pflegetagegeld
Mit Eintritt der Leistungspflicht wird das vereinbarte Pflegetagegeld
in der Pflegestufe II zu **60 %**
in der Pflegestufe III zu **100 %**
gezahlt.

2. Einmalzahlung
Beim erstmaligen Eintritt in die Pflegestufe II oder III leistet der Versicherer eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen vereinbarten Tagessatzes.

Diese Einmalzahlung wird während der gesamten Laufzeit höchstens einmal gewährt.

Abweichend von § 3 AVB/EPV-VT entfällt für diese Einmalzahlung die Wartezeit.

3. Beitragsfreistellung
Ab dem Eintritt der Leistungspflicht besteht abweichend von § 8 Absatz 6 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistungspflicht wegfällt. Die Beitragsfreistellung beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit.

III. Beiträge

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

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

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

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

IV. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.

Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt im Statistischen Jahrbuch veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen.

2. Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

– Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
– Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig nach Pflegestufe II bzw. III.
– Das vereinbarte Pflegetagegeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.
– Aufgrund des bisher versicherten Pflegetagegeldes ergibt der Anpassungssatz eine Erhöhung des versicherten Tagegeldes von mindestens 1 Euro.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes beträgt 1 Euro oder ein Vielfaches davon.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monates, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer zweimal unmittelbar nacheinander der Leistungsanpassung, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

V. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung nach § 12 a Absatz 2 a Satz 4 VAG wird eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz

Tarif PflegeKOMPAKT
Pflegetagegeldversicherung

Stand: 01.02.2006, V731
Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind.

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

II. Versicherungsleistungen

Leistungspflicht besteht ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III, frühestens jedoch nach Ablauf der Wartezeit. Dabei wird die von der Pflegepflichtversicherung vorgenommene Zuordnung des Versicherten in eine der drei Pflegestufen zugrunde gelegt.

1. Pflegetagegeld
Mit Eintritt der Leistungspflicht wird das vereinbarte Pflegetagegeld zu **100 %** gezahlt.

2. Beitragsfreistellung
Ab dem Eintritt der Leistungspflicht besteht abweichend von § 8 Absatz 6 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistungspflicht wegfällt. Die Beitragsfreistellung beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit.

III. Beiträge

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

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

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

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

IV. Leistungsanpassung (Dynamisierung)
1. Der Versicherer passt das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.
Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt im Statistischen Jahrbuch veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen.

2. Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig nach Pflegestufe III.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.
- Aufgrund des bisher versicherten Pflegetagegeldes ergibt der Anpassungssatz eine Erhöhung des versicherten Tagegeldes von mindestens 1 Euro.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.

Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes beträgt 1 Euro oder ein Vielfaches davon.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monates, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer zweimal unmittelbar nacheinander der Leistungsanpassung, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

V. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung nach § 12 a Absatz 2 a Satz 4 VAG wird eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz

Tarif PflegePLUS
Ergänzungsversicherung zu Pflegetagegeldern

Stand: 01.12.2009, SAP-Nr : V734, 03.2010
Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind und für die eine Pflegetagegeldversicherung bei der Union Krankenversicherung besteht, die keine Leistungen für erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 45 a SGB XI bzw. § 4 H. Absätze 16 und 17 MB/PPV enthält.

2. Die Versicherung im Tarif PflegePLUS endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung nach den Pflegetagegeldtarifen unter I. 1. oder die Versicherung in der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung endet.

II. Versicherungsleistungen

Leistungspflicht besteht ab dem Tag der ärztlichen Feststellung eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfes nach § 45 a SGB XI bzw. § 4 H. Absätze 16 und 17 MB/PPV, frühestens jedoch nach Ablauf der Wartezeit. Maßgebend ist die Feststellung im Gutachten der Pflegepflichtversicherung.

Der nachgewiesene erhebliche allgemeine Betreuungsbedarf gilt als Pflegebedürftigkeit im Sinne der AVB/EPV-VT.

1. Betreuungsgeld
Mit Eintritt der Leistungspflicht wird ein pauschales Betreuungsgeld in Höhe von 200 Euro pro Monat gezahlt.

Der monatliche Betrag wird auch dann in voller Höhe gezahlt, wenn die Leistungspflicht nach dem Ersten eines Monates beginnt oder vor dem Monatsende endet.

2. Beitragsfreistellung
Ab dem Eintritt der Leistungspflicht besteht abweichend von § 8 Absatz 6 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistungspflicht wegfällt. Die Beitragsfreistellung beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit.

III. Beiträge

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

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

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

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

IV. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das monatliche Betreuungsgeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.
Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt im Statistischen Jahrbuch veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen.

2. Die Anpassung des Betreuungsgeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Bei der versicherten Person liegt kein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf nach § 45 a SGB XI bzw. § 4 H. Absätze 16 und 17 MB/PPV vor.
- Das Betreuungsgeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des monatlichen Betreuungsgeldes beträgt 5 Euro oder ein Vielfaches davon. Die sich aus dem Anpassungssatz ergebende Erhöhung des versicherten monatlichen Betreuungsgeldes wird auf den nächst höheren durch fünf teilbaren Betrag gerundet.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Betreuungsgeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Betreuungsgeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monates, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer zweimal unmittelbar nacheinander der Leistungsanpassung, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

V. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung wird eine nach § 12 a Absatz 2 a Satz 4 VAG mögliche Leistungserhöhung vorgenommen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung
MB/PPV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch

Tarif PflegePRIVAT
Ergänzungsversicherung zu Pflegetagegeldern

Stand: 01.12.2009, SAP-Nr : V735, 11.2009
Es gelten die AVB/EPV-VT – allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind und für die eine Pflegetagegeldversicherung bei der Union Krankenversicherung besteht.

2. Die Versicherung im Tarif PflegePRIVAT endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung nach den Pflegetagegeldtarifen unter I. 1. oder die Versicherung in der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung endet.

II. Versicherungsleistungen

1. Leistungspflicht besteht ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I, II bzw. III, frühestens jedoch nach Ablauf der Wartezeit. Dabei wird die von der Pflegepflichtversicherung vorgenommene Zuordnung zugrunde gelegt.

Abweichend hiervon können Leistungen nach II. 4. b bereits ab Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages in Anspruch genommen werden.

2. Die Auskünfte und Vermittlungen nach II. 3. b, 4. a und 4. b beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

3. Geldleistungen
a) Leistung bei Inanspruchnahme der Pflegezeit
Nehmen nahe Angehörige (§ 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz *) der versicherten Person zur Pflege der versicherten Person Pflegezeit gemäß § 44 a SGB XI in Anspruch, erhält die versicherte Person für die Dauer dieser Pflegezeit eine Leistung in Höhe von **500 Euro pro Monat für insgesamt maximal 6 Monate.**

Der monatliche Betrag wird anteilig gezahlt, wenn die Leistungspflicht nach dem Ersten eines Monates beginnt oder vor dem Monatsende endet.

Die Pflegezeit kann auf unterschiedliche Zeitabschnitte sowie mehrere nahe Angehörige aufgeteilt werden.

Zur Inanspruchnahme dieser Leistung ist die Leistungszusage der Pflegepflichtversicherung der versicherten Person bis spätestens einen Monat nach Beendigung der Pflegezeit beim Versicherer einzureichen. Wird die Pflegezeit unterbrochen oder vorzeitig beendet, ist der Versicherer unverzüglich zu informieren.

b) Kinderbetreuung
Der Versicherer organisiert einmalig die Betreuung von Kindern der versicherten Person und/oder der Pflegeperson der versicherten Person innerhalb von 24 Stunden für die maximale Dauer von 48 Stunden. Die 24 Stunden zählen ab der Anfrage einer Kinderbetreuung beim Versicherer.

Die Kinderbetreuung wird für Kinder im Alter von 0 – 14 Jahren organisiert.

Der Versicherer zahlt **einmalig eine Pauschale in Höhe von 250 Euro** pro Kind der versicherten Person und/oder der Pflegeperson der versicherten Person. Die einmalige Pauschale pro Kind ist auf eine Pflegeperson der versicherten Person beschränkt.

Die einmalige Pauschale wird für Kinder im Alter von 0 – 14 Jahren gezahlt.

Die einmalige Pauschale kann nur gleichzeitig für alle begünstigten Kinder in Anspruch genommen werden.

Kann die Organisation der Kinderbetreuung nicht innerhalb von 24 Stunden durch den Versicherer sicher gestellt werden, wird als Ersatzleistung die einmalige Pauschale in Höhe von 250 Euro auf 300 Euro pro Kind des Pflegebedürftigen und/oder der Pflegeperson erhöht.

c) Einmalzahlung
Beim erstmaligen Eintritt in eine der versicherten Pflegestufen leistet der Versicherer eine Einmalzahlung **in Höhe von 1.000 Euro**.

Diese Einmalzahlung wird während der gesamten Laufzeit höchstens einmal gewährt.

Abweichend von § 3 AVB/EPV-VT entfällt für diese Einmalzahlung die Wartezeit.

4. Benennungs- und Vermittlungsleistungen
a) Haustierbetreuung
Der Versicherer benennt und vermittelt Betreuungsdienste zur Unterbringung und Versorgung von Haustieren der versicherten Person.

b) Der Versicherer benennt
- Ansprechpartner zu den Themen Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht sowie Testamentsgestaltung,
- fachspezifische Anwälte in der Nähe des Versicherten.

Der Versicherer stellt Informationen einschließlich Musterformularen zu den Themen Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht sowie Testamentsgestaltung zur Verfügung.

5. Beitragsfreistellung
Ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I, II oder III besteht abweichend von § 8 Absatz 6 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I, II bzw. III endet. Die Beitragsfreistellung beginnt frühestens nach Ablauf der Wartezeit.

III. Beiträge

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

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

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

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

IV. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung wird eine nach
§ 12 a Absatz 2a Satz 4 VAG mögliche Leistungserhöhung in dem Pflegetagegeldtarif vorgenommen, der die Versicherungsfähigkeit des Tarifs PflegePRIVAT gemäß I. 1. bedingt.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch

* Nahe Angehörige nach § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz sind:
1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder , die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder

Wir sind rund um die Uhr unter der Service-Nummer (0211) 536 – 3708 oder per E-Mail unter Service_Medizin@oerag.de für Sie erreichbar.

Tarif PTE
Pflegetagegeldversicherung – Version EURO
Ergänzung zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung (PPV/SPV)

Stand: 01.07.2005, V838
Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Pflegetagegeld
Von dem vereinbarten Pflegetagegeld werden nach ärztlicher Feststellung der Pflegebedürftigkeit

1.1 für **häusliche** oder **teilstationäre Pflege** und **Kurzzeitpflege**

in der Pflegestufe I	**12,5 %**
in der Pflegestufe II	**25,0 %**
in der Pflegestufe III	**50,0 %**

gezahlt, unabhängig davon, durch wen die Pflege durchgeführt wird (Pflegefachkraft, Familienangehörige...).

1.2 für **vollstationäre Pflege** in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen), in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,

in der Pflegestufe I	**25,0 %**
in der Pflegestufe II	**50,0 %**
in der Pflegestufe III	**100,0 %**

gezahlt.

Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, werden

in der Pflegestufe I	**12,5 %**
in der Pflegestufe II	**25,0 %**
in der Pflegestufe III	**50,0 %**

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

2. Assistance-Leistungen

2.1 Den Versicherten steht ein Vermittlungsdienst zur Verfügung für die
- Benennung von ambulanten Pflegediensten oder Pflegeheimen;
- Organisation von Fahrdiensten zu Ärzten, Behörden etc.;
- Versorgung des Haushaltes;
- Organisation von „Essen auf Rädern“ oder vergleichbaren Einrichtungen.

2.2 Den Versicherten wird ein telefonischer Informationsservice zum Thema Pflegeversicherung bereitgestellt. Hierunter fällt die
- allgemeine Beratung
- Hilfestellung bei der Beantragung von Pflegesachleistungen und Pflegegeldern.

Die Kosten für die vermittelten Dienste sind vom Versicherten zu tragen.

3. Allgemeine Tarifbestimmungen
Das Pflegetagegeld kann in Vielfachen von 1 EUR versichert werden.

II. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.
Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.
Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

III. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten bzw. der Pflegekosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.

Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt im Statistischen Jahrbuch veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Die Einzelheiten des Berechnungsverfahrens sind in den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders festgelegt.
Nach Einführung eines amtlichen Pflegekostenindexes für das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland wird dieser Index mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anstelle des oben genannten Lebenshaltungskostenindexes zur Leistungsanpassung herangezogen. Die Versicherungsnehmer werden über den Austausch des Indexes schriftlich informiert.

2. Hinsichtlich des Vertragsverhältnisses sind folgende Voraussetzungen erfüllt:
- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 20. Lebensjahr erreicht und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld wurde seit dem Versicherungsbeginn bzw. seit der letzten Leistungsanpassung nicht geändert.
- Aufgrund des bisher versicherten Pflegetagegeldes ergibt der Anpassungssatz eine Erhöhung von mindestens 2 EUR.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld beträgt mindestens 25 EUR.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer im zweiten Quartal schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.
Die Leistungsanpassung gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

5. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes beträgt 2 EUR oder ein Vielfaches davon.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monats, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer zweimal unmittelbar nacheinander der Leistungsanpassung, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

Besondere Bedingungen zur Anwartschaftsversicherung

Stand: 01.05.2011, UKV A310, SAP-Nr.:329787, 04.2011

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (bzw. Gruppenversicherungsbedingungen) der in Anwartschaft geführten Tarife (Grundtarife), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

Allgemeines
Auf Antrag des Versicherungsnehmers können die Tarife der Krankenversicherung als große oder kleine Anwartschaftsversicherung geführt werden. Während dieser Zeit besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Durch die Anwartschaftsversicherung erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht, nach Beendigung der Anwartschaftszeit die Grundtarife in Kraft zu setzen.

Für Versicherungsfälle, die während der Anwartschaftszeit eingetreten sind, wird für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem In-Kraft-Treten des Versicherungsschutzes fällt.

Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten und die Fristen der tariflichen Leistungsbegrenzung angerechnet.

Kleine Anwartschaftsversicherung
Bei der kleinen Anwartschaftsversicherung verzichtet der Versicherer bei In-Kraft-Treten der Grundtarife auf eine erneute Risikoprüfung. Der Beitrag richtet sich dann nach dem erreichten Lebensalter (Neuzugangsbeitrag) abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Zeit vor der Anwartschaftsversicherung.

Für Tarife, in denen keine Alterungsrückstellung aufgebaut wird, kann nur die kleine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden.

Große Anwartschaftsversicherung
Bei der großen Anwartschaftsversicherung verzichtet der Versicherer bei In-Kraft-Treten der Grundtarife auf eine erneute Risikoprüfung und legt für die Beitragsberechnung das ursprüngliche Eintrittsalter des Grundtarifs unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zugrunde. Dadurch wird der Versicherte so gestellt, als habe er diesen Tarif ununterbrochen ohne Anwartschaftsversicherung geführt.

Voraussetzungen für den Abschluss der Anwartschaftsversicherung
Die Anwartschaftsversicherung kann vereinbart werden für die Dauer
a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder eines Anspruchs auf Familienversicherung
b) des Bestehens oder der Erhöhung eines Beihilfeanspruchs
c) eines Anspruchs auf Heilfürsorge
d) einer Berufsunfähigkeit (nur in der Krankentagegeldversicherung)
e) der Elternzeit (nur in der Krankentagegeldversicherung)
f) eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes (ab zwei Monaten)
g) einer vorübergehenden wirtschaftlichen Notlage (z. B. Arbeitslosigkeit).

Die Anwartschaftsversicherung von Anfang an ist möglich.

Beendigung der Anwartschaftsversicherung
Der Wegfall der Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung ist innerhalb einer Frist von zwei Monaten anzuzeigen und nachzuweisen. In diesem Fall tritt die Versicherung nach den Grundtarifen zu dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem die Voraussetzungen entfallen. Wird diese Frist versäumt, kann der Versicherer die Inkraftsetzung der Grundtarife von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen und Wartezeiten festsetzen.

Tarifänderungen
Tarifänderungen oder Beitragsanpassungen der Grundtarife sind auch für die Anwartschaftsversicherung wirksam.

Beitrag
Der Beitrag für die kleine Anwartschaftsversicherung beträgt 5% des jeweiligen Beitrages des Grundtarifs.

Der Beitrag für die große Anwartschaftsversicherung ergibt sich aus dem in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegten Prozentsatz, bezogen auf den jeweils geltenden Beitrag des Grundtarifs.

Beitragszuschläge (z.B. Risikozuschläge, gesetzlicher Zuschlag) werden während der Anwartschaftszeit nicht erhoben.

Sonderbedingungen für Personen in Berufsausbildung zu den Tarifen VA, VS, VZ

Stand: 01.05.2007, V171

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvoll- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB), die vereinbarten Tarife sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Diese Sonderbedingungen können zu den Tarifen VA, VS und VZ vereinbart werden.

Versicherungsfähig sind, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht überschritten haben,

a) Personen, die sich in einer Berufs- oder Schulausbildung befinden und keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen bzw. Anwartschaftsbezügen – haben;
b) Personen, die als Arzt im Praktikum tätig sind;
c) Studenten, die keine oder nur geringfügige regelmäßige Einkünfte aus Erwerbstätigkeit haben;
d) Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten;
e) nicht berufstätige Ehegatten der unter a) bis d) genannten Personen;

ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.

Für die Dauer der Gültigkeit der Sonderbedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz A.

2. Beiträge

Die monatlichen Beitragsraten für die Zeit der Berufsausbildung richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 24. bzw. 29. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

3. Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen

a) wenn die Versicherungsfähigkeit endet;
b) wenn die Berufs- oder Schulausbildung um mehr als sechs Monate unterbrochen wird;
c) mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Arbeitslosigkeit nach Beendigung der Berufsausbildung können die vereinbarten Tarife zu diesen Sonderbedingungen für maximal 18 Monate fortgeführt werden.

Ab dem Zeitpunkt, an dem die Sonderbedingungen enden, gelten die vereinbarten Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausschließlich. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag der vereinbarten Tarife nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, die Versicherung zu diesem Zeitpunkt mit einer Frist von zwei Monaten zu kündigen.

Sonderbedingungen zur Vereinbarung von Risikobeiträgen zu den Tarifen (GS 100, GE, KH, PTE, KT, KTM)

Stand: 01.05.2007, V170

Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Die Sonderbedingungen zur Vereinbarung von Risikobeiträgen können zu den Tarifen

GS 100	**Zusatzversicherung für stationäre Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**
GE	**Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte**
KH	**Krankenhaustagegeldversicherung**
PTE	**Pflegetagegeldversicherung**
KT	**Krankentagegeldversicherung**
KTM	**Krankentagegeldversicherung für Ärzte und Zahnärzte**

von allen Personen, die nach diesen Tarifen versicherungsfähig sind, ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden, vereinbart werden.

Zu den Tarifen KT oder KTM können diese Sonderbedingungen nur dann vereinbart werden, wenn diese Tarife zur Ergänzung des Krankengeldanspruchs einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert werden.

Für die Dauer der Gültigkeit der Sonderbedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz R.

2. Beiträge

Die sich aus diesen Sonderbedingungen ergebende Reduzierung der Beiträge der vereinbarten Tarife resultiert aus dem Verzicht auf die Bildung einer Alterungsrückstellung. Deshalb richten sich die monatlichen Beitragsraten für die Dauer der Gültigkeit dieser Sonderbedingungen nach dem jeweiligen Lebensalter.

Von dem auf die Vollendung des 24., 29., 34., 39., 44., 49., 54. und 59. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Die Bestimmungen der AVB zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

3. Ende der Sonderbedingungen

Der Versicherungsnehmer kann diese Sonderbedingungen zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von zwei Wochen beenden; sie entfallen, wenn die versicherte Person das 64. Lebensjahr vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt gelten die vereinbarten Tarife und AVB ausschließlich und es ist der Beitrag der vereinbarten Tarife nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 b der AVB.

Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, die Versicherung zu diesem Zeitpunkt mit einer Frist von zwei Monaten zu kündigen.

Sonderbedingungen zu den V-Tarifen für Versicherte mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern

Stand: 01.01.2008, A85, 06.2010

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK) und Teil II Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG), die vereinbarten Tarife sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Diese Sonderbedingungen können zu den Tarifen VA, VS und VZ von allen Personen vereinbart werden, die nach diesen Tarifen versicherungsfähig sind und die ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern haben. Das Land Berlin zählt im Rahmen dieser Sonderbedingungen zu den alten Bundesländern.

Für die Dauer der Gültigkeit der Sonderbedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz N.

2. Leistungen der UKV

Die tariflichen Leistungen richten sich nach den vereinbarten V-Tarifen (Grundtarife).

3. Beiträge

1) Die Gemeinschaft der Versicherten, die diese Sonderbedingungen abgeschlossen haben, werden als gesondertes Kollektiv betrachtet. Die Beiträge der „N"-Tarife (vgl. oben Nr. 1) werden anhand der von dieser Versichertengruppe verursachten Leistungsausgaben kalkuliert, wenn und solange diese günstiger sind als der entsprechende Bundesdurchschnitt.
2) Sobald der Versicherer die Angleichung an den Bundesdurchschnitt feststellt, ist er berechtigt, die Kalkulation der von dieser Sonderbedingung betroffenen Tarife mit den entsprechenden bundesweit geltenden Tarifen gemeinsam durchzuführen. Hierüber wird der Versicherungsnehmer informiert.

4. Ende der Sonderbedingungen

a) Der Versicherungsnehmer kann die Sonderbedingungen zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von zwei Wochen kündigen.
   Vom Ersten des auf den Fortfall der Sonderbedingungen folgenden Monats an gelten die vereinbarten Grundtarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausschließlich. Der von diesem Zeitpunkt an zu zahlende Beitrag wird unter Anrechnung der bis dahin angesammelten Alterungsrückstellung gemäß § 8 a der AVB berechnet.
   Für Versicherungsfälle, die vor Beendigung der Sonderbedingungen eingetreten sind, wird nur im Umfang dieser Sonderbedingungen gemäß Ziffer 2 geleistet. Die Leistungsbegrenzung gemäß Ziffer 2 gilt nicht, wenn die Beendigung der Sonderbedingungen aufgrund einer dauerhaften Verlegung des Wohnsitzes in die alten Bundesländer erfolgte und der Versicherungsnehmer den Versicherer unverzüglich über die Wohnsitzverlegung unterrichtet hat.
b) Diese Sonderbedingungen enden spätestens mit dem Fortfall der Beitragsreduzierung gemäß Ziffer 3.2).
   Von diesem Zeitpunkt an gelten die vereinbarten Grundtarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausschließlich. Der dann zu zahlende Beitrag wird unter Anrechnung der bis dahin angesammelten Alterungsrückstellung gemäß § 8 a der AVB berechnet.
   Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, so kann der Versicherungsnehmer die Versicherung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gemäß § 13 Absatz 5 der AVB kündigen.

Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

Stand: 01.01.2010, SAP-Nr. A45

1. Allgemeines

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

2.1 Die Anwartschaftsversicherung kann, vom Versicherungsbeginn 1. Januar 1995 abgesehen, nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in den in Nummer 2.2. genannten Fällen abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

2.2 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder im Rahmen der Familienversicherung versichert sind.

2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, wenn die Voraussetzungen nach 2.2. nicht mehr vorliegen.

3. Beiträge

3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag von 5,61 Euro in Tarifstufe PVN und 4,43 Euro in Tarifstufe PVB zu zahlen.
Besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der Anwartschaft nicht erhoben.

3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung nach § 8 b MB/PPV 2010 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.

3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der Anwartschaft der versicherten Personen mitversichert.

3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Absatz 5 MB/PPV 2010 bzw. Nummer 3 b) der „Zusatzvereinbarung für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26 a Absatz 1 SGB XI“ oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

4. Leistungen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

5.1 Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder bei Beendigung der Familienversicherung die private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.

5.2 Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.

5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarung gemäß § 110 Absatz 2 SGB XI Anwendung finden, in eine Anwartschaft sowie bei Beginn der Anwartschaftsversicherung am 1. Januar 1995 kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungerecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Sonstige Beendigungsgründe

6.2.1 Mit Beginn oder Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nummer 3.4. zu entrichten.

6.2.2 Die Anwartschaftsversicherung endet bei Beendigung der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Sofern in diesem Fall keine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt, kann die private Pflegepflichtversicherung freiwillig mit den Beiträgen nach Nummer 3.4. fortgesetzt werden.

6.2.3 Die Anwartschaftsversicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2010 entsprechend.

Abkürzungsverzeichnis

SGB II	Sozialgesetbuch Zweites Buch
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz

Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif CompactPRIVAT – Optimal für Personen in Berufsausbildung

Stand: 01.01.2007, A164

Es gelten die AVB/VT - Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen können bei Abschluss/ Bestehen der Tarife CompactPRIVAT – Start bzw. CompactPRIVAT - Optimal für folgende Personen, sofern sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, vereinbart werden:

- Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben
- nicht berufstätige Ehegatten der versicherten Schüler, Studenten bzw. Personen in Berufsausbildung
- nach Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung vorübergehend arbeitslose Personen.

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.

2. Ende der Besonderen Bedingungen

Die Besonderen Bedingungen entfallen für Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung

- für die Dauer der Unterbrechung oder mit der Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung
- mit Beendigung der unter Punkt 1 genannten Tarife
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Die Besonderen Bedingungen entfallen für mitversicherte Ehegatten

- mit der Aufnahme einer Berufstätigkeit
- mit Fortfall der Versicherungsfähigkeit des anderen Ehegatten
- mit Beendigung der unter Punkt 1 genannten Tarife
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Die Besonderen Bedingungen entfallen für arbeitslose Personen

- mit Beendigung der Arbeitslosigkeit
- nach maximal zwölf Monaten
- mit Beendigung der unter Punkt 1 genannten Tarife
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Entfall der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung in den unter Punkt 1 genannten Tarifen weitergeführt. Der Beitrag in diesen Tarifen richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Unterbrechung oder Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung der Union Krankenversicherung innerhalb von zwei Wochen schriftlich anzuzeigen. Dies gilt auch für die Aufnahme einer Berufstätigkeit des Ehegatten.

3. Beiträge

Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richten sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter: Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 25-29 bzw. 30-34 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif CompactPRIVAT – PLUS für Personen in Berufsausbildung

Stand: 01.07.2007, A172

Es gelten die AVB/VT - Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen können bei Abschluss/ Bestehen des Tarifs CompactPRIVAT – PLUS für folgende Personen, sofern sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, vereinbart werden:

- Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben
- nicht berufstätige Ehegatten der versicherten Schüler, Studenten bzw. Personen in Berufsausbildung
- nach Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung vorübergehend arbeitslose Personen.

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.

2. Ende der Besonderen Bedingungen

Die Besonderen Bedingungen entfallen für Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung

- für die Dauer der Unterbrechung oder mit der Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung
- mit Beendigung des Tarifs CompactPRIVAT - PLUS
- mit Ablauf des Monats, in dem das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Die Besonderen Bedingungen entfallen für mitversicherte Ehegatten

- mit der Aufnahme einer Berufstätigkeit
- mit Fortfall der Versicherungsfähigkeit des anderen Ehegatten
- mit Beendigung des Tarifs CompactPRIVAT - PLUS
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Die Besonderen Bedingungen entfallen für arbeitslose Personen

- mit Beendigung der Arbeitslosigkeit
- nach maximal zwölf Monaten
- mit Beendigung des Tarifs CompactPRIVAT - PLUS
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Entfall der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung in dem Tarif CompactPRIVAT - PLUS weitergeführt. Der Beitrag in diesem Tarif richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Unterbrechung oder Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung der Union Krankenversicherung innerhalb von zwei Wochen schriftlich anzuzeigen. Dies gilt auch für die Aufnahme einer Berufstätigkeit des Ehegatten.

3. Beiträge

Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richten sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter: Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 25-29 bzw. 30-34 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

CompactPRIVAT - OPTION
Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Option zu den Tarifen CompactPRIVAT - Start

Stand: 01.07.2007, A174

Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Versicherungsleistungen

1. Die versicherte Person erwirbt das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten
– in einen der Tarife CompactPRIVAT - Optimal oder
– in den Tarif KlinikPRIVAT/2
zu wechseln.

2. Wechselrecht in den Tarif CompactPRIVAT - Optimal
Das Wechselrecht kann jeweils zum 01.01. nach dem Ende des zweiten, vierten oder sechsten Versicherungsjahres ausgeübt werden. Die Ausübung der Option ist bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Wechselzeitpunkt beim Versicherer zu beantragen. Andernfalls erlischt das jeweilige Wechselrecht.

Wird ein Wechsel außerhalb der vorgenannten Zeitpunkte beantragt, wird vom Versicherer für die Mehrleistung eine neue Risikoprüfung vorgenommen und es können neue Wartezeiten verlangt werden.

3. Wechselrecht in den Tarif KlinikPRIVAT/2
Das Recht auf Wechsel in den Tarif KlinikPRIVAT/2 kann nur innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des gesetzlichen Anspruchs auf Familienversicherung ausgeübt werden.

Bei Ausübung des Wechselrechts beginnt der Tarif KlinikPRIVAT/2 rückwirkend zum Beginn der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung.

Wird diese Frist versäumt, wird vom Versicherer für den Tarif KlinikPRIVAT/2 eine neue Risikoprüfung vorgenommen und es können neue Wartezeiten verlangt werden.

4. Wurden bei Abschluss der Sonderbedingungen bereits Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) vorgesehen, werden diese bei Wahrnehmung der Option auf den Tarif CompactPRIVAT - Optimal übertragen; Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

Bei Wahrnehmung der Option gemäß I. 3. gilt dies entsprechend für den Tarifwechsel in KlinikPRIVAT/2, sofern die Erschwernisse auch für die stationäre Behandlung relevant sind.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Krankheitskostenvollversicherung nach einem der Tarife CompactPRIVAT - Start besteht.

2. Die Sonderbedingungen enden:
– bei Nichtausübung des Wechselrechts zum Ende des sechsten Versicherungsjahres
– mit der Beendigung des Tarifs CompactPRIVAT - Start; dies gilt auch für Tarifwechsel im Rahmen der Ausübung der Option gemäß I. 2. und I. 3.
– bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach den Bestimmungen des § 13 AVB.

III. Beiträge

1. Durch Vereinbarung der Sonderbedingungen erhöht sich der Beitrag des Grundtarifes um einen Zusatzbetrag. Der Zusatzbetrag wird nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Er ergibt sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle. Der monatlich zu zahlende Zusatzbetrag wird in dem jeweils gültigen Versicherungsschein ausgewiesen.

2. Der Zusatzbetrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Zusatzbetrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB.

Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif GesundheitPRIVAT für Personen in Berufsausbildung

Stand: 01.04.2008, V480

Es gelten die AVB/VT - Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif GesundheitPRIVAT vereinbart werden. Versicherungsfähig sind, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben
- nicht berufstätige Ehegatten der versicherten Schüler, Studenten bzw. Personen in Berufsausbildung

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.

2. Ende der Besonderen Bedingungen

Die Besonderen Bedingungen entfallen

- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit
- wenn die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das Studium um mehr als sechs Monate unterbrochen wird
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Arbeitslosigkeit nach Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung bzw. des Studiums können die Besonderen Bedingungen für maximal zwölf Monate weitergeführt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit dem Versicherer umgehend anzuzeigen.

Bei Entfall der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung im Tarif GesundheitPRIVAT weitergeführt. Der Beitrag in diesem Tarif richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

3. Beiträge

Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richten sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 25-29 bzw. 30-34 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif GrundschutzPRIVAT für Personen in Berufsausbildung

Stand: 01.09.2008, V484

Es gelten die AVB/VT - Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif GrundschutzPRIVAT vereinbart werden. Versicherungsfähig sind, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben
- nicht berufstätige Ehegatten der versicherten Schüler, Studenten bzw. Personen in Berufsausbildung

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.

2. Ende der Besonderen Bedingungen

Die Besonderen Bedingungen entfallen

- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit
- wenn die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das Studium um mehr als sechs Monate unterbrochen wird
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Arbeitslosigkeit nach Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung bzw. des Studiums können die Besonderen Bedingungen für maximal zwölf Monate weitergeführt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit dem Versicherer umgehend anzuzeigen.

Bei Entfall der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung im Tarif GrundschutzPRIVAT weitergeführt. Der Beitrag in diesem Tarif richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

3. Beiträge

Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richten sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 25-29 bzw. 30-34 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Besondere Bedingungen zur Kombination von Pflegetagegeldtarifen

Stand: 01.08.2008, V459

Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Geltungsbereich

Diese Besonderen Bedingungen gelten, wenn und solange bei der Union Krankenversicherung zwei oder mehr Pflegetagegeldtarife (einschließlich der jeweiligen Tarifvarianten), die jeweils eine tarifliche Dynamisierung vorsehen, miteinander kombiniert werden.

2. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

Abweichend zu den Dynamisierungsregelungen in den Tarifbedingungen der jeweils versicherten Pflegetagegeldtarife gilt Folgendes:

Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen, solange die versicherte Person noch nicht pflegebedürftig in einer der versicherten Pflegestufen ist.

3. Ende der Besonderen Bedingungen

Diese Besonderen Bedingungen entfallen, wenn nur noch ein Pflegetagegeldtarif besteht, der eine tarifliche Dynamisierung vorsieht.

Abkürzungsverzeichnis

AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen

WechseloptionPRIVAT
Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Tarifwechsel-Option

Stand: 01.12.2009, SAP-Nr: V197

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Versicherungsleistungen

1. Die versicherte Person erwirbt das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten
- aus Tarif GrundschutzPRIVAT in einen der Tarife CompactPRIVAT - Start
- aus den Tarifen CompactPRIVAT - Start oder CompactPRIVAT/S in einen der Tarife CompactPRIVAT - Optimal (einschließlich, soweit gewünscht, CompactPRIVAT-PLUS) oder in den Tarif GesundheitPRIVAT - Kompakt
- aus den Tarifen CompactPRIVAT - Optimal oder dem Tarif GesundheitPRIVAT - Kompakt in die Tarife GesundheitPRIVAT

oder
- in den Tarif KlinikPRIVAT/2

zu wechseln.

2. Wechselrechte

2.1 Wechselrecht in die unter I.1. beschriebenen Vollversicherungstarife

Voraussetzung für den Wechsel in die oben genannten Tarife der Vollversicherung ist, dass für die versicherten Personen in dem gewählten Zieltarif Versicherungsfähigkeit besteht und der Tarif für den Neuzugang geöffnet ist.

Das Wechselrecht kann jeweils zum 01.01. nach Ende des zweiten, vierten oder sechsten Versicherungsjahres in der Sonderbedingung WechseloptionPRIVAT ausgeübt werden. Die Ausübung der Option ist bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Wechselzeitpunkt beim Versicherer zu beantragen. Andernfalls erlischt das jeweilige Wechselrecht.

Wird ein Wechsel außerhalb der vorgenannten Zeitpunkte beantragt, wird vom Versicherer für die Mehrleistung eine neue Risikoprüfung vorgenommen und es können neue Wartezeiten verlangt werden.

2.2 Wechselrecht in den Tarif KlinikPRIVAT/2

Das Recht auf Wechsel in den Tarif KlinikPRIVAT/2 kann nur innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des gesetzlichen Anspruchs auf Familienversicherung ausgeübt werden.

Bei Ausübung des Wechselrechts beginnt der Tarif KlinikPRIVAT/2 rückwirkend zum Beginn der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung.

Wird diese Frist versäumt, wird vom Versicherer für den Tarif KlinikPRIVAT/2 eine neue Risikoprüfung vorgenommen und es können neue Wartezeiten verlangt werden.

3. Wurden bei Abschluss der Sonderbedingung WechseloptionPRIVAT bereits Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) vereinbart, werden diese beim Wechsel in die Zieltarife der Vollversicherung nach I.1. übertragen; Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

Gleiches gilt bei Ausübung des Wechselrechts in den Tarif KlinikPRIVAT/2, sofern die Erschwernisse für die stationäre Behandlung relevant sind.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Krankheitskostenvollversicherung nach einem der Tarife GrundschutzPRIVAT, CompactPRIVAT - Start, CompactPRIVAT/S, CompactPRIVAT - Optimal oder GesundheitPRIVAT - Kompakt besteht.

2. Die Sonderbedingung endet
- bei Nichtausübung des Wechselrechts zum Ende des sechsten Versicherungsjahres.
- für die versicherte Person, wenn die Option für sie einmal in Anspruch genommen wird, mit dem Zeitpunkt des Wechsels in den neuen Tarif.
- für die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit.
- wenn die Sonderbedingung durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird gemäß § 13 AVB/VT zu dem dort vorgesehenen Zeitpunkt.

III. Beiträge

1. Durch Vereinbarung der Sonderbedingung erhöht sich der Beitrag des Grundtarifes um einen Zusatzbetrag. Der Zusatzbetrag wird nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Er ergibt sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle. Der monatlich zu zahlende Zusatzbetrag wird in dem jeweils gültigen Versicherungsschein ausgewiesen.

2. Der Zusatzbetrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Zusatzbetrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT.

Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter – BEA 65

Stand: 01.01.2007, V195

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB), die vereinbarten Tarife sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Aufnahmefähigkeit

Die Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter können zu allen Tarifen der Krankheitskostenversicherung vereinbart werden, wenn in diesen Tarifen für die versicherte Person eine Alterungsrückstellung gebildet wird.

II. Höhe des Ermäßigungsbetrages

1. Der Ermäßigungsbetrag kann in Vielfachen von 5 EUR vereinbart werden.

2. Der vereinbarte Ermäßigungsbetrag darf 60 % der monatlichen Beitragsrate der Grundtarife nicht übersteigen. Grundtarife sind die Tarife, zu denen diese Sonderbedingungen vereinbart werden.

3. Vor Wirksamwerden der Ermäßigung kann auf Antrag des Versicherungsnehmers der vereinbarte Ermäßigungsbetrag unter Berücksichtigung der Absätze 1 und 2 erhöht bzw. vermindert werden.

III. Leistungen der UKV

Vom Ersten des Monats an, der auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgt, ermäßigt sich die monatliche Beitragsrate der Grundtarife um den für die versicherte Person vereinbarten Betrag.

Die Beitragsermäßigung kann bei einer Beitragsanpassung der Grundtarife auf Antrag des Versicherungsnehmers bereits ab Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person beginnen. In diesem Fall ermäßigt sich die monatliche Beitragsrate der Grundtarife der versicherten Person zu Beginn des auf den Antrag des Versicherungsnehmers folgenden Monats um einen nach den technischen Berechnungsgrundlagen berechneten verminderten Betrag.

IV. Änderung der Grundtarife

1. Bei einem Wechsel in andere Grundtarife werden die Sonderbedingungen unter Berücksichtigung von I. auf die neuen Grundtarife übertragen.
2. Sinkt der Beitrag der Grundtarife oder wird ein Wechsel in Grundtarife mit niedrigerem Beitrag vorgenommen, so dass die vereinbarte Beitragsermäßigung die in II. 2. festgelegte Höchstgrenze übersteigt, wird der Ermäßigungsbetrag nach den technischen Berechnungsgrundlagen gesenkt. Die vorhandene Alterungsrückstellung bleibt vollständig erhalten.

V. Ende der Sonderbedingungen

1. Die Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter und alle damit vom Versicherungsnehmer erworbenen Rechte enden mit Beendigung des Versicherungsschutzes nach den Grundtarifen.

2. Der Versicherungsnehmer kann die Sonderbedingungen unabhängig vom Weiterbestehen der Grundtarife zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Aus der vorhandenen Alterungsrückstellung wird nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine sofortige nunmehr allerdings verminderte Beitragsermäßigung eingeräumt.

VI. Beiträge

1. Durch Vereinbarung der Sonderbedingungen erhöht sich der Beitrag der Grundtarife um einen Zusatzbetrag.
Der Zusatzbetrag wird nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Er ergibt sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.
Der monatlich zu zahlende Zusatzbetrag wird in dem jeweils gültigen Versicherungsschein ausgewiesen.

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

3. Der Zusatzbetrag ist über die gesamte Versicherungsdauer auch nach Wirksamwerden der Beitragsermäßigung zu zahlen.

VII. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers aufgrund veränderter durchschnittlicher Vertragsdauern, insbesondere wegen steigender Lebenserwartung, ändern.

Deshalb werden die Rechnungsgrundlagen der Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter nach den technischen Berechnungsgrundlagen zusammen mit den Rechnungsgrundlagen der in I. genannten Tarife überprüft und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 01.01.2011, SAP-Nr: 323788

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und Datennutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) und versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer) und Beitrag, Bankverbindung, Abrechnung mit Vermittlern sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Sachverständigen oder eines Arztes (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien.

Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherung, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiel: Meldung von Leistungsfällen, wenn Verdacht auf Versicherungsmissbrauch besteht. Zweck: Bekämpfung von Betrug und Aufdeckung falscher Angaben bei Antragstellung und Leistungsfällen.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antragsdaten, einschließlich der Gesundheitsdaten, sowie Vertrags- und Leistungsdaten können an andere Krankenversicherer der Versicherungskammer Bayern (VKB) zwecks Bearbeitung weitergegeben werden. Von den übrigen Versicherungsunternehmen der Gruppe können nur die allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten abgefragt werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet

werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind.
Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der Krankenversicherer.
Der Versicherer gehört zur Versicherungsgruppe Versicherungskammer Bayern (VKB) und gehört/kooperiert über die jeweils zuständige Landesdirektion zu/mit der Versicherungsgruppe, der diese als Unternehmen angehört.
Versicherungskammer Bayern zurzeit: Bayerische Beamtenkrankenkasse AG, Bayerische Landesbrandversicherung AG, Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft, Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG, Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG, Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG, Saarland Feuerversicherung AG, Saarland Lebensversicherung AG, Union Krankenversicherung AG, Union Reiseversicherung AG, Versicherungskammer Bayern Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts, Versicherungskammer Bayern Konzern-Rückversicherung AG.
Landesdirektionen zurzeit: Badischer Gemeinde-Versicherungs-Verband, Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG, Lippische Landes-Brandversicherungsanstalt, Öffentliche Lebensversicherung Braunschweig, Öffentliche Lebensversicherungsanstalt Oldenburg, ÖSA – Öffentliche Lebensversicherung Sachsen-Anhalt, Ostfriesische Landschaftliche Brandkasse, Provinzial Nord Lebensversicherung AG, Provinzial Rheinland Lebensversicherung AG – Versicherung der Sparkassen, Saarland Feuerversicherung AG, Sparkassen-Versicherung Sachsen Lebensversicherung AG, SV Sparkassen-Versicherung AG, Westfälische Provinzial Versicherung AG.
Aufgrund von Kooperationsabkommen ist die bestehende Versicherung in der AOK/LKK Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit in einigen Tarifen. Zur Überprüfung und zur Betreuung erfolgt ein Datenaustausch.
Zurzeit bestehen Kooperationsverträge mit: AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Sachsen-Anhalt, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Franken und Oberbayern, Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben.
Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und weiteren Versicherungsunternehmen zusammen.
Die Versicherungskammer Bayern und teilweise die einzelnen Landesdirektionen kooperieren mit den Unternehmen der Sparkassenorganisation (-Finanzgruppe) und den Raiffeisen- und Volksbanken.
Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und andere.
Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.
Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.
Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Absatz 3 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

Stand: 01.01.2009, SAP-Nr : 324666

Der Präsident
der
Bundesanstalt
für
Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Strasse 108
53117 Bonn

Postfach 1253
53002 Bonn

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrags nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgeld im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren.**

Ein **Wechsel** des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.[1] Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.
i

---

[1] Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.