

Vertragsgrundlage 362

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Teil III

Tarifbedingungen für Tarif VIAplus-SU

Seite 1 von 4 Stand: 09.2010

Option auf eine Krankheitskostenvoll- und Krankheitskostenzusatzversicherung plus Bonifikation für gesundheitsbewusstes Verhalten plus Versicherungsschutz bei schwerer Erkrankung oder schweren Unfallfolgen

Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig nach Tarif VIAplus-SU sind Personen, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt zum Versicherungsbeginn die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 SGB V übersteigt oder aber diese Grenze im Folgejahr überschreiten wird. Deren Ehegatten und in häuslicher Gemeinschaft lebende Kinder können mitversichert werden.

Versicherungsfähig sind Arbeitnehmer, die bei einer Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versicherungspflichtig sind sowie deren vorgenannte Familienangehörige.

<p>1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes</p>	<p>Der Versicherungsnehmer hat für sich und alle ebenfalls nach VIAplus-SU mitversicherten Angehörigen folgende Ansprüche:</p> <p>1. Es besteht die Option auf Abschluss einer substitutiven Krankheitskostenvoll- oder Krankheitskostenzusatzversicherung nach Maßgabe des Abschnitts 3 Nr. 1-4.</p>	<p>2. Nach Eintritt einer schweren Erkrankung oder schwerer Unfallfolgen im Sinne von Abschnitt 2 besteht Anspruch auf Leistungen für privatärztliche Behandlung und Wahlleistungen. Der konkrete Leistungsumfang ergibt sich aus Abschnitt 3 Nr. 5-7.</p>
<p>2. Schwere Erkrankung</p>	<p>Als schwere Erkrankung gelten die im Folgenden genannten Erkrankungen bzw. Unfallfolgen, wenn sie durch einen Arzt/Facharzt festgestellt und durch klinische, radiologische, histologische bzw. Laborbefunde bestätigt werden:</p> <p>- Herzinfarkt (Myokardinfarkt) Klinische Diagnose eines Herzinfarktes, gesichert durch typische Beschwerden, Herzenzymanstieg und EKG Veränderungen.</p> <p>Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose</p> <p>- Schlaganfall Jeglicher zerebrovaskulärer Insult mit andauernden neurologischen Folgeerscheinungen einschließlich Hirninfarkt, Blutung und Embolie extrakraniellen Ursprungs. Die neurologischen Ausfallerscheinungen müssen länger als eine Woche bestehen.</p> <p>Von dem Versicherungsschutz ausgeschlossen sind flüchtige Hirndurchblutungsstörungen, die sich innerhalb einer Woche ohne Folgen zurückbilden.</p> <p>Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn, d.h. frühestens nach Ablauf einer Woche, wenn die neurologischen Ausfallerscheinungen weiterhin bestehen.</p> <p>- Krebs Eindeutige (histologisch gesicherte) Diagnose eines bösartigen Tumors, der charakterisiert ist durch unkontrolliertes Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metastasierungstendenz. Eingeschlossen sind bösartige Krankheiten des lymphatischen Systems, Leukämie und invasive maligne Melanome der Haut. Ausgeschlossen sind alle sonstigen Hauttumore, nichtinvasive Carcinoma-in-situ (z.B. oberflächliche, bösartige Schleimhautveränderungen des Gebärmutterhalses oder der Harnblase), isolierte Knoten der Brustdrüse und Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion.</p> <p>Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Erstdiagnose in obigem Sinn.</p> <p>- Unfallfolgen bzw. Zustand nach einem Unfall, die nachfolgend benannt sind:</p>	<p>Lähmungen (Paralyse) Vollständiger und dauerhafter Funktionsverlust von mindestens 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk durch eine unfallbedingte Lähmung. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn.</p> <p>Verlust von Gliedmaßen Der bleibende Verlust von 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk. Der Anspruch auf Leistung entsteht bei ärztlichem Nachweis zum Eintritt des Verlustes bzw. mit der Feststellung einer zwingenden Indikation zur Amputation.</p> <p>Schädel-Hirn-Trauma Verletzung des Schädels 3. Grades mit Hirnbeteiligung.</p> <p>Koma Ein Zustand von Bewusstlosigkeit, bei dem der Bewusstlose keine Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse (z.B. Blasen-, Mastdarmfunktion) zeigt. Der Zustand muss unter Einsatz lebensaufrechterhaltender Systeme andauernd für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden bestehen.</p> <p>Bei ärztlichem Nachweis entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn.</p> <p>Schwere Verbrennungen Verbrennungen 3. Grades an mehr als 18% der Körperoberfläche. Der Anspruch auf Leistung entsteht mit dem ärztlichen Nachweis zum Umfang der Verbrennungen.</p> <p>Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle gelten auch durch Kraftanstrengung des Versicherten hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule; Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Satzes in den Körper gelangt ist.</p> <p>Als Unfälle gelten nicht: Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung; Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger</p>

2. Fortsetzung	Stoffe, Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten; Gesundheitsschädigungen durch Strahlen;	Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse.
3. Informationen zum Leistungsumfang	<p>1. Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung Zu den unter Abschnitt 7 festgelegten Zeitpunkten hat der Versicherungsnehmer das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten für alle versicherten Personen folgende Versicherungen abzuschließen, sofern im beantragten Tarif Versicherungsfähigkeit besteht und dieser für den Neuzugang geöffnet ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung und - eine Krankentagegeldversicherung für Angestellte ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, wenn gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung beantragt wird; für Selbständige ab dem 22. Tag; - oder eine Beihilfeversicherung <p>Das versicherbare Krankentagegeld ist begrenzt auf das aus der beruflichen Tätigkeit resultierende und auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen. Dieses ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen. Ununterbrochene Vorversicherungszeiten in der sozialen Pflegepflichtversicherung nach § 1 SGB XI werden auf die in der privaten Pflegepflichtversicherung nach § 110 Abs. 3 SGB XI zu erfüllenden Wartezeiten angerechnet.</p> <p>2. Option auf Abschluss einer Krankheitskostenzusatz- und Krankentagegeldversicherung Zu den unter Abschnitt 7 festgelegten Zeitpunkten hat der Versicherungsnehmer zudem das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten für alle versicherten Personen einen für den Neuzugang geöffneten Krankheitskostenzusatzversicherungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen. In der Krankentagegeldversicherung kann ohne erneute Gesundheitsprüfung ein Tagegeld von maximal 75,- Euro vereinbart werden.</p> <p>3. Option auf Abschluss einer Pflegevorsorgeversicherung. Wird die Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung (nach 3.1) bzw. Krankheitskostenzusatzversicherung (nach 3.2) wahrgenommen, besteht zudem das Recht auf Abschluss einer Pflegevorsorgeversicherung - sofern Aufnahme- bzw Versicherungsfähigkeit in dem jeweiligen Tarif vorliegt. Das in der Pflegevorsorgeversicherung versicherbare monatliche Pflegegeld ist ohne erneute Gesundheitsprüfung begrenzt auf maximal € 1500,00. Sofern bei Ausübung der Option bereits beim Versicherer eine Pflegezusatzversicherung besteht, sind zusätzlich die vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen einzuhalten.</p> <p>4. Option auf Abschluss eines anderen Optionstarifes Zu den unter Abschnitt 7 festgelegten Zeitpunkten hat der Versicherungsnehmer das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten für alle versicherten Personen einen für den Neuzugang geöffneten anderweitigen Optionstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen.</p> <p>5. Stationäre Heilbehandlung Erstattungsfähig sind die folgenden nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (Grundversicherung) verbleibenden Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft) inkl. Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers als Wahlleistung gemäß Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) oder der 1. Pflegeklasse - Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarzt- und Belegarztbehandlung) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hebammenkosten - Kosten für medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus - Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, falls der Versicherte ein anderes als in der Einweisung genanntes Vertragskrankenhaus gemäß § 108 SGB V wählt. <p>Für die Wahlleistung "Chefarztbehandlung" werden in Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 "Gebührenordnungen" für vom liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbrachte chirurgische Leistungen, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn hierzu eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. Dies gilt nicht für sonstige im Gebührenverzeichnis aufgeführte Leistungen. Besteht gegen die Grundversicherung kein Anspruch auf Leistungen, so tritt an Stelle der Vorleistung durch diese eine Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers in Höhe von 270,- Euro täglich.</p> <p>6. Ambulante Heilbehandlung 100% für ambulante Heilbehandlung - außer Psychotherapie - einschließlich Arznei- und Verbandmittel. 100% für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Einhaltung von Altersgrenzen. 100% für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker - außer Psychotherapie - einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einer Gesamtleistung von 1.000,- Euro pro Versicherungsjahr. Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu 100% für die 1. bis zur 30. Sitzung 80% für die 31. bis zur 60. Sitzung 70% ab der 61. Sitzung erstattet. 100% für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 - außer Sehhilfen -, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen. Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 - außer Sehhilfen - anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr.1 Abs. 3 TB 2009; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls</p>

<p>3. Fortsetzung</p>	<p>der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. 100% für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Die Gesamtleistung für zwei aufeinander folgende Versicherungsjahre ist auf insgesamt 250,- Euro begrenzt. Ein Anspruch bis zu 250,- Euro besteht auch im ersten Versicherungsjahr. 90% für Heilmittel. 100% der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit. 100% für Schutzimpfungen, die von der "Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes" empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind.</p> <p>7. Zahnersatz Als Zahnersatz gelten: - prothetische Leistungen einschließlich Kronen, Inlays, Onlays, Reparaturen sowie Aufbissbehelfe und Schienen;</p>	<p>- Implantate und implantologische Leistungen; - gesondert berechnungsfähige Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten bis zu den in unserem Preisverzeichnis angegebenen Beträgen. Unter Anrechnung der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden 100% erstattet, sofern der Zahnersatz im Zusammenhang mit einem in Abschnitt 2 genannten Versicherungsfall erforderlich wird. Wird der Zahnersatz nicht im Zusammenhang mit einem in Abschnitt 2 genannten Versicherungsfall erforderlich, erfolgt keine Leistung.</p> <p>Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p>Rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ist ein Heil- und Kostenplan einzureichen.</p> <p>8. Wartezeit Es bestehen keine Wartezeiten.</p>
<p>4. Bonifikationen Nichtraucher- und Body-Maß-Index-Bonus</p>	<p>Versicherte Personen, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben und die nachweisen, dass sie seit mindestens 6 Monaten nicht oder nicht mehr rauchen, erhalten am Ende des 2. Versicherungsjahres einen Verhaltensbonus in Höhe von 20,- Euro. Versicherte Personen, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet haben und einen Body-Maß-Index zwischen 18,5 und 25 nachweisen, erhalten am Ende des 2. Ver-</p>	<p>sicherungsjahres einen Verhaltensbonus in Höhe von 20,- Euro. Der Anspruch kann einmalig zum Ende des 2. Versicherungsjahres geltend gemacht werden. Der jeweilige Nachweis ist bereits erbracht, wenn der zuständige Vermittler dies dem Versicherer schriftlich bestätigt.</p>
<p>5. Bonus bei durchgeführter Zahnprophylaxe</p>	<p>Weist der Versicherungsnehmer bei Ausübung des Optionsrechts für die versicherte Person nach, dass diese während der letzten 3 Kalenderjahre Zahnprophylaxe im Rahmen der Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt hat, gilt folgendes: Die versicherte Person erhält bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung, bei der die Höhe des Versicherungsschutzes von der Erfüllung von Prophylaxenmaßnahmen abhängt, ab Beginn einen um 10% höheren Versicherungsschutz für Zahnersatz. In Kombination mit anderen</p>	<p>Tarifen gilt diese Erhöhung nicht mehrfach. Als Nachweis zur Durchführung der geforderten Maßnahmen ist eine Kopie des Pflichtenheftes (Bonusheft) der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen. Die versicherte Person behält den erhöhten Versicherungsschutz nur unter den im jeweiligen Tarif beschriebenen Voraussetzungen. Eine darüber hinausgehende Erhöhung des Versicherungsschutzes folgt ebenfalls den tariflich beschriebenen Regelungen.</p>
<p>6. Versicherungsdauer</p>	<p>Die Versicherung nach Tarif VIAPlus-SU endet für alle versicherten Personen - mit der Ausübung einer Option nach Abschnitt 3.1, 3.2 oder 3.4 durch den Versicherungsnehmer - bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Versiche-</p>	<p>rungsnehmers; - bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer. Spätestens endet die Versicherung mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 4 Versicherungsjahren. Die Versicherung kann nicht verlängert werden.</p>
<p>7. Zeitpunkt und Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, innerhalb von zwei Monaten ab Eintritt der Versicherungsfreiheit für sich und seine mitversicherten Angehörigen eine Aufnahme in eine Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeld bzw. Beihilfeversicherung und Pflegevorsorgeversicherung oder eine Krankheitskostenzusatzversicherung und Pflegevorsorgeversicherung nach Maßgabe des Abschnittes 3 Nr. 1, 2 und 3 zu verlangen. Endet die Versicherung wegen Ablauf der Höchstversicherungsdauer kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung den Abschluss einer Versicherung nach Abschnitt 3 Nr. 1 und 3. oder Abschnitt 3 Nr. 2 und 3 verlangen, wenn Versicherungsfreiheit gegeben ist. Ist er weiterhin versicherungspflichtig, so kann er für sich und seine mitversicherten Angehörigen den Abschluss einer Versicherung nach Abschnitt 3 Nr. 2 und 3 oder</p>	<p>nach Abschnitt 3 Nr. 4 verlangen. Unterschreitet das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt des Versicherten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 SGB V kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Zeitpunkt des Unterschreitens für sich und seine mitversicherten Angehörigen den Abschluss einer Krankheitszusatzversicherung nach Abschnitt 3 Nr. 2 und 3 oder den Abschluss eines anderweitigen Optionstarifs nach Abschnitt 3 Nr. 4 verlangen. Die Frist zur Ausübung einer Option ist gewährt, wenn der Antrag des Versicherungsnehmers dem Versicherer zum Ablauf der Frist vorliegt und bei Eintritt der Versicherungsfreiheit bzw. bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 SGB V ein Nachweis über den Eintritt eines dieser Ereignisse beigelegt ist.</p>
<p>8.1. Beiträge</p>	<p>Während der Laufzeit des Tarifs VIAPlus-SU bleiben die Beiträge für diesen Tarif unverändert. § 8 b MB/KK 2009 gilt insoweit nicht.</p>	
<p>8.2. Beitragsrückerstattung</p>	<p>Wird das Optionsrecht nach Abschnitt 3 Nr. 1 oder 2 wahrgenommen, erfolgt eine Beitragsgutschrift in Höhe von 3 Monatsbeiträgen, maximal aber in Höhe der tatsächlich gezahlten Beiträge. Voraussetzung hierfür ist,</p>	<p>dass während der Dauer der Versicherung nach Tarif VIAPlus-SU für die betroffene versicherte Person kein leistungspflichtiger Versicherungsfall eingetreten ist.</p>
<p>9. Auszahlung der Boni und Beitragsrückerstattung</p>	<p>Die erwirtschafteten Bonifikationen gemäß Ziffer 4 und die Beitragsrückerstattung gemäß Ziffer 8.2 wird ausbezahlt werden.</p>	<p>(MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009)</p>

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif VIAplus-SU

Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

1. Was haben Sie außer der Option auf eine Voll- oder Zusatzversicherung noch versichert?

Ab dem Eintritt bestimmter schwerer Erkrankungen oder bestimmter schwerer Unfallfolgen bietet der Tarif einen Versicherungsschutz analog einer vollwertigen privaten Krankenversicherung. Sie sind dann schon Privatpatient.

Versicherungsleistungen

bei folgenden schweren Erkrankungen: Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs;

bei folgenden schweren Unfallfolgen: Lähmungen, Verlust von Gliedmaßen, Koma, Schädel-Hirn-Trauma, schweren Verbrennungen.

- 100 % Kostenerstattung bei stationärer Behandlung durch den Chefarzt und Unterbringung im 1-Bettzimmer nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse.

- 100 % Kostenerstattung für ambulante Behandlung als Privatpatient

Ist eine im Tarif genannte schwere Erkrankung oder schwere Unfallfolge eingetreten, können Sie ab diesem Zeitpunkt für alle weiteren Krankheiten diese ambulanten und stationären privatärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen - und zwar für die Dauer des Vertrages.

Ist zusätzlich aufgrund der schweren Erkrankungen oder schweren Unfallfolgen Zahnersatz erforderlich, wird dieser ebenfalls nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse zu 100% erstattet.

2. Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, etc. können nicht übernommen werden.

- Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen sind - auch wenn Sie ursächlich mit einem Unfall in Zusammenhang stehen - nicht mitversichert. Bitte wenden Sie sich hierfür rechtzeitig an den zuständigen Rentenversicherungsträger (BfA oder LVA).

3. Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen ("Gemischte Anstalten"), benötigen Sie vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage. Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort liegt.

4. Eintrittsalter bei Wahrnehmung der Option

Bei der Berechnung der Beiträge für die durch die Option erworbenen neuen Tarife wird das zum Zeitpunkt der Umstellung erreichte Alter der versicherten Person zu Grunde gelegt.

5. Erschwerungen

Wird für den Tarif VIAplus-SU eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den auflebenden Versicherungsschutz folgendes:

Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Erkrankungen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif VIAplus-SU war, soweit sie noch bestehen und die gewählten Tarife von dieser Risikoerhöhung betroffen sind. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten führen nicht zu weiteren Erschwerungen.