

Tarif CS2PLUS

Der Tarif CS2PLUS umfasst die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs CS2 sowie die Besonderen Bedingungen für Zusatzleistungen nach dem Tarif CS2, die im Folgenden umrahmt dargestellt sind.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif CS2

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Besondere Bedingungen für Zusatzleistungen nach dem Tarif CS2

Stand: 01.01.2013

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind – auch für die Besonderen Bedingungen – die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Für die Dauer der Besonderen Bedingungen wird die Tarifbezeichnung durch PLUS ergänzt.

a) Versicherungsfall

Als Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gilt auch die vollstationäre Versorgung in einem Hospiz.

b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden. § 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in MVZ.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

e) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

f) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „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.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung für ambulante Heilbehandlungen beträgt 1.200,- Euro. Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

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

5. Neugeborenenachversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

6. Wartezeiterlass

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

7. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

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

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen, soweit sie die Selbstbeteiligung übersteigen, und zwar für:

1. Ärztliche Leistungen

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

Leistungen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 30 Sitzungen pro Kalenderjahr erbracht, darüber hinaus nur, wenn diese vom Versicherer vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt worden sind. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zum Höchstsatz der GOÄ erstattet.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

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

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebÜH) bis zu den dort festgelegten Mindestsätzen. Zusätzlich werden auch Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die sich aus einem beim Versicherer erhältlichen Verzeichnis ergeben, erstattet. Das gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind.

2. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

3. Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Als Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

4. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Sondennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.

5. Heilmittel

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

Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionen, Nähr- und Stärkungsmittel, Weine, Mineralwässer u.ä.

6. Hilfsmittel

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

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

7. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

8. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

9. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus und
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung.

10. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Kosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen, und zwar für

- Zahnbehandlungen mit 100 % des Rechnungsbetrages;
- Material- und Laborleistungen bei Zahnbehandlungen mit 100 % des Rechnungsbetrages;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung mit 75 % des Rechnungsbetrages;
- Material- und Laborleistungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung mit 75 % des Rechnungsbetrages, für Edelmetalle und Keramikverblendungen mit 50 % des Rechnungsbetrages.

Zusätzlich werden bei Zahnersatz die Kosten von Material- und Laborleistungen für Edelmetalle und Keramikverblendungen in Höhe von 25% des Rechnungsbetrages erstattet.

Bei oralen Implantaten werden die entstandenen Kosten für maximal 6 Implantate je Kiefer mit 75 % des Rechnungsbetrages erstattet.

2. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebissfunktionsprüfung nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- a) Kosten für Zahnbehandlungen sind die Gebühren für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschl. Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays und Stiftzähnen sowie Material- und Laborkosten.
- c) Kosten für Kieferorthopädie sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Kosten für die Gebissfunktionsprüfung sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten für Krankenhausleistungen bei berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer, privatärztliche Behandlung, Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, gesunde Neugeborene, die Aufnahme einer Begleitperson, Hospizleistungen sowie Krankentransporte außer bei oralen Implantationen nach Absatz B II 2e.

Zusätzlich werden die Differenzkosten zwischen der berechneten Unterkunft in einem Ein-Bett-Zimmer und einem Zwei-Bett-Zimmer erstattet.

2. Erläuterungen

a) Krankenhausleistungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Wird für eine Unterkunft in einem Ein-Bett-Zimmer kein Wahlleistungszuschlag für das Ein-Bett-Zimmer berechnet, gilt sie als Unterkunft in einem Zwei-Bett-Zimmer.

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

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

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

b) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche – nicht zahnärztliche – Leistungen (privatärztliche Behandlung) werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

Bei privatärztlicher Behandlung im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung werden auch die Kosten für gesondert berechnete ärztliche – nicht zahnärztliche – Leistungen, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen, erstattet.

c) Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

d) Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie werden im Rahmen von Buchstabe a erstattet.

e) Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Buchstabe a gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

f) Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

g) Krankentransporte

Als notwendige Krankentransporte gelten Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

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

2. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten. Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten.

Die Rechnungen der Leistungserbringer sind mit den angefallenen Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel zusammen vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

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

D) Leistungsfreiheits-Rabatt und Überschussverwendung

I. Leistungsfreiheits-Rabatt

Jede versicherte Person erwirbt für jedes volle Kalenderjahr, für das keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen und die Beiträge bis zum 31.12. in voller Höhe entrichtet wurden, ab dem 1.7. des Folgejahres

einen Leistungsfreiheits-Rabatt von 5 % (eine Rabattstufe),
höchstens jedoch 50 % (10 Rabattstufen).

Für jedes Kalenderjahr, für das Versicherungsleistungen in Anspruch genommen wurden, verringert sich der Leistungsfreiheits-Rabatt ab dem 1.7. des Folgejahres um 10 % (zwei Rabattstufen).

Grundlage für die Beitragsberechnung je versicherte Person ist der Beitrag, der ohne Berücksichtigung des jeweils erreichten Leistungsfreiheits-Rabatts zu zahlen wäre; maximal sind 100 % des sich ohne den Leistungsfreiheits-Rabatt ergebenden Beitrags zu zahlen.

II. Überschussverwendung

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

Ansprüche auf Leistungsfreiheitsrabatt und Beitragsrückerstattung errechnen sich aus der für den Tarif CS2 maßgeblichen Anzahl der Monatsbeiträge. Eine Leistungsfreiheit allein in den durch die Besonderen Bedingungen erweiterten Leistungen begründet keinen selbstständigen Anspruch auf Leistungsfreiheitsrabatt oder Beitragsrückerstattung.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

Unabhängig vom Tarif CS2 können die Leistungen und Beiträge der Besonderen Bedingungen nach § 18 MB/KK 2009 bzw. Abschnitt E1 des Tarifs CS2 angepasst werden.

Mit Beendigung des Tarifs CS2 entfallen auch die Besonderen Bedingungen. Die Besonderen Bedingungen sind zum Ende des Versicherungsjahres des Tarifs CS2 durch den Versicherungsnehmer selbstständig kündbar.