

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Die AVB umfassen
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1 - 20 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Tarifbedingungen des Tarifs KL (*Schrägschrift*)
Tarif KL als Anhang

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3	Wartezeiten	3
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	4
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	5
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	5

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	5
§ 8a	Beitragsberechnung	6
§ 8b	Beitragsanpassung	7
§ 9	Obliegenheiten	7
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	7
§ 11	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	8
§ 12	Aufrechnung	8

Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	8
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	9
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	9

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	9
§ 17	Gerichtsstand	9
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	9
§ 19	Wechsel in den Standardtarif	10
§ 20	Wechsel in den Basistarif	10

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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.

Zu § 1 Abs. 1 MB/KK 2009:

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz im tariflichen Umfang (vgl. Tarif KL als Anhang).

Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z.B. Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) abhängig machen.

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,

Zu § 1 Abs. 2 a) MB/KK 2009:

Versicherungsschutz besteht für einen Schwangerschaftsabbruch, dessen Rechtmäßigkeit nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz festgestellt ist.

Versicherungsschutz besteht auch für künstliche oder extrakorporale Befruchtung, wenn eine organbedingte Sterilität vorliegt und die Befruchtung nach objektiver medizinischer Feststellung das einzige Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist. Erstattungsfähig sind bei ärztlich begründeter deutlicher Erfolgsaussicht die Aufwendungen für bis zu drei Behandlungen.

- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

Zu § 1 Abs. 2 b) MB/KK 2009:

Versicherungsschutz besteht für ambulante Präventivmaßnahmen (vgl. Tarif KL als Anhang, Ziffer 3.10).

- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, 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 (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im au-

ßereuropäischen 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.

Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009:

Der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes kann unbegrenzt weltweit ausgedehnt werden, wenn der Versicherungsnehmer vor Reiseantritt jeweils den beabsichtigten außereuropäischen Aufenthalt anzeigt. Der Versicherer ist berechtigt, für Aufenthalte im außereuropäischen Ausland Beitragszuschläge zu verlangen.

5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat 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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Zu § 1 Abs. 6 MB/KK 2009:

Allgemeine und besondere Wartezeiten entfallen auch für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (vgl. § 3 Abs. 2 MB/KK 2009).

Der Umwandlungsanspruch besteht auch während einer Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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.

Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009:

Es kann ein Tarif mit niedrigerem oder ohne betragsmäßige Selbstbeteiligung gewählt werden.

Sind die Voraussetzungen für eine Mitversicherung eines Neugeborenen nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie angeborene Krankheiten, Gebrechen und Geburtsanomalien.

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 Wartezeiten

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 (siehe Anhang) 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 ausscheiden oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort unterbrochen 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 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

Zu § 3 Abs. 5 MB/KK 2009:

Absatz 5 gilt nicht bei Ausscheiden aus Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung.

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

Zu § 3 Abs. 2, 3 und 6 MB/KK 2009:

Alle Wartezeiten entfallen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

Zu § 4 Abs. 1 MB/KK 2009:

Die betragsmäßige kalenderjährliche Selbstbeteiligung reduziert sich im Kalenderjahr des Versicherungsbeginnes für jeden angefangenen Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht.

Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerer betragsmäßiger Selbstbeteiligung gilt für den erhöhten Teil der Selbstbeteiligung Satz 1 sinngemäß.

Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherer betragsmäßiger Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird auf die neue Selbstbeteiligung angerechnet.

Die betragsmäßige kalenderjährliche Selbstbeteiligung wird je versicherter Person von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen. Auch bei evtl. Vorleistungen durch Dritte ist diese Selbstbeteiligung in voller Höhe zu tragen.

Kosten gelten an dem Tag als entstanden, an dem die Heilbehandlung ausgeführt worden ist bzw. die Arzneien, die Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Kosten entstanden sind.

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.

Zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009:

Bei Heilbehandlung im Ausland ist § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 sinngemäß anzuwenden (vgl. auch § 5 Abs. 2 MB/KK 2009 i.V.m. Tarifbedingungen des Tarifs KL).

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden 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.

Zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009:

Als Krankenhäuser im Sinne von § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette, jedoch nicht Sanitätsbereiche und Reviere.

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 gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang 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 Erfolg versprechend 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.
 7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
 8. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
- ner stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig von dem für stationäre Behandlung vereinbarten Krankheitskostentarif nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.
- 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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Zu § 5 Abs. 1 e) MB/KK 2009:

Die Leistungseinschränkung nach § 5 Abs. 1 e) MB/KK 2009 (ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort) entfällt.

- f) ---
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

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;

Zu § 5 Abs. 1 a) MB/KK 2009:
Anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, sind in den Versicherungsschutz unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 eingeschlossen.
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

Zu § 5 Abs. 1 b) MB/KK 2009:
Abweichend von § 5 Abs. 1b) werden für Entziehungsmaßnahmen, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, die tariflichen Leistungen gewährt, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei ei-

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 sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Zu § 5 Abs. 2 MB/KK 2009:

Bei Heilbehandlung im Ausland werden die Kosten tarifgemäß erstattet.

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.

Zu § 5 Abs. 3 MB/KK 2009:

Die vereinbarte jährliche betragsmäßige Selbstbeteiligung ist auch bei Vorleistung Dritter in voller Höhe zu tragen.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009:

Die Nachweise sind im Original und als solche erkennbar einzureichen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen nach der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung spezifiziert sein. Haben sich Dritte an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich. Die Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sowie Rezepte über Arznei- und Verbandmittel sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen.

Für die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes muss eine Bescheinigung des Krankenhauses über die vollstationäre Heilbehandlung vorgelegt werden, die den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, das Aufnahme- und Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungen enthält.

Eine Heilbehandlung ist vollstationär, wenn der Versicherte sich täglich 24 Stunden im Krankenhaus aufhält.

2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
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 ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2009:

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 Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

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.

Zu § 6 Abs. 6 MB/KK 2009:

Ist vom Versicherer eine "Card für Privatversicherte" ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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 nachzahlen bzw. zurückzahlen.

Zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2009:

Für Kinder, die das 12. und Jugendliche, die das 20. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Monats an der ihrem Alter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen. Diese Änderung gilt als Beitragserhöhung im Sinne des § 13 Abs. 4 MB/KK 2009.

Bei der Versicherung von Neugeborenen nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 bzw. adoptierten Kindern nach § 2 Abs. 3 MB/KK 2009 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

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 an Stelle 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 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) 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 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.

Zu § 8 Abs. 4 MB/KK 2009:

Wird der Versicherungsvertrag vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der monatliche Beitrag am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wurde.

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 ein

schließlich 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 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
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 (siehe Anhang) 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.

Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2009:

Mahnkosten können bis zu 1,53 Euro in Rechnung gestellt werden.

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 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) 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.

Zu § 8 Abs. 8 MB/KK 2009:

Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich einer betroffenen versicherten Person aufgrund einer Kündigung nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 nicht zum Letzten eines Monats, so werden die Beiträge anteilig tageweise erhoben. Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden monatlichen Beitrags.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

Zu § 8a Abs. 1 MB/KK 2009:

Die Beiträge für Neuzugänge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem erreichten Alter der versicherten Person bei Versicherungsbeginn nach diesem Tarif (Eintrittsalter). Das Eintrittsalter ist die Anzahl der bei Vertragsbeginn vollendeten Lebensjahre.

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 Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

Zu § 8a Abs. 2 MB/KK 2009:

Als erreichtes tarifliches Lebensalter gilt die Anzahl der vollendeten Lebensjahre der versicherten Person bei Wirksamwerden der Beitragsänderung.

Die Alterungsrückstellung wird in der Weise angerechnet, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach den gesetzlichen Bestimmungen verwendet.

Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

Der Alterungsrückstellung aller nach Krankheitskostentariifen Versicherten werden zusätzlich Beiträge nach § 150 VAG jährlich gutgeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird verwendet als künftige oder sofortige Beitragsermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder zur Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter.

3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

- 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.

Zu § 8a Abs. 4 MB/KK 2009:

Bei Vertragsänderungen kann der Versicherer für den hinzukommenden oder umfassenderen oder erhöhten Versicherungsschutz, d.h. für die Mehrleistungen, Risikozuschläge oder Leistungsaus-schlüsse verlangen.

§ 8b 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 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 Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 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.

Zu § 8b Abs. 1 MB/KK 2009:

Männer, Frauen und Kinder (einschließlich Jugendliche) einer Tarifstufe bilden jeweils eine Beobachtungseinheit.

Ergibt die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als zehn Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als fünf Prozent, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgesetzte Selbstbeteiligungen, Höchstsätze und Leistungsbegrenzungen angepasst sowie ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

- Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009:

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung nach § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 wird verzichtet, davon unberührt bleiben die Bestimmungen des § 4 Abs. 5 MB/KK 2009.

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

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

Zu § 9 Abs. 3 MB/KK 2009:

Eine Untersuchung nach § 9 Abs. 3 MB/KK 2009 muss die versicherte Person innerhalb von zehn Werktagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen lassen.

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

- 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.

- Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

- Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 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 (siehe Anhang), 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 infolgedessen 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. 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.
Zu § 13 Abs. 1 MB/KK 2009:
Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Frist zum Ende eines jeden Kalendermonats zu 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.

Zu § 13 Abs. 3 MB/KK 2009:

Zur Beitragszahlung bei Kündigungen nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009, siehe auch § 8 Abs. 6 MB/KK 2009 i. V.m. Tarifbedingungen des Tarifs KL.

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 auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten 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.

Zu § 13 Abs. 5 MB/KK 2009:

Das monatliche Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 1 MB/KK 2009 i. V.m. Tarifbedingungen des Tarifs KL bleibt unberührt.

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 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), 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 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

8. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009:

Absatz 8 gilt nicht bei alleiniger Kündigung von Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung.

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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1. In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

Zu § 14 Abs. 1 MB/KK 2009:

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn ein Versicherungsschutz nach Tarifen vereinbart wurde, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen.

Absatz 1 gilt auch für eine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

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.

Zu § 14 Abs. 3 MB/KK 2009:

Wegen Verletzung einer dem Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer nach § 21 Abs. 3 i. V. m. § 194 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit Vertragsabschluss drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

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 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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 Abs. 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 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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 Mitgliedsstaat 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

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 wirk-

sam, 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

1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) 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 Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 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

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 nach 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 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 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Zu § 20 MB/KK 2009:

Absatz 1 gilt nicht für den alleinigen Abschluss von Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte

Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr,

zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,

2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

(2) Auf die substitutive Krankenversicherung ist § 138 Absatz 2 entsprechend anzuwenden. Die Prämien für das Neugeschäft dürfen nicht niedriger sein als die Prämien, die sich im Altbestand für gleichaltrige Versicherte ohne Berücksichtigung ihrer Alterungsrückstellung ergeben würden. Satz 2 gilt nicht für einen Prämienunterschied, der sich daraus ergibt, dass die Prämien für das Neugeschäft geschlechtsunabhängig berechnet wurden.

(3) Substitutive Krankenversicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie Krankentagegeldversicherungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten nach § 196 des Versicherungsvertragsgesetzes können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in

Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) in der Fassung bis 31.12.2008

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
 - 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
 - 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Nur gültig in Verbindung mit
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)
Tarifbedingungen des Tarifs KL
Tarif KL als Anhang

TARIF KL

FÜR AMBULANTE, ZAHNÄRZTLICHE UND STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG SOWIE KRANKENRÜCKTRANSPORT AUS DEM AUSLAND

1. Selbstbeteiligung

1.1 Selbstbeteiligung für Erwachsene

Die Selbstbeteiligung beträgt pro Person und Kalenderjahr für Erwachsene

- in der Tarifstufe KL06 600,00 Euro,
- in der Tarifstufe KL1 1.250,00 Euro,
- in der Tarifstufe KL2 2.500,00 Euro,
- in der Tarifstufe KL3 3.500,00 Euro,
- in der Tarifstufe KL5 5.000,00 Euro.

1.2 Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche

Die Selbstbeteiligung beträgt pro Person und Kalenderjahr für Kinder und Jugendliche

- in der Tarifstufe KL06 300,00 Euro,
- in der Tarifstufe KL1 625,00 Euro,
- in der Tarifstufe KL2 1.250,00 Euro,
- in der Tarifstufe KL3 1.750,00 Euro,
- in der Tarifstufe KL5 2.500,00 Euro.

Ab Beginn des 21. Lebensjahres ist die Selbstbeteiligung für Erwachsene zu tragen. Sie wird nur mit je 1/12 für die Monate, die auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgen, für das laufende Kalenderjahr berechnet. Entsprechend ist auch nur anteilig für die Monate des bereits abgelaufenen Kalenderjahres die kalenderjährliche Selbstbeteiligung für Jugendliche zu tragen.

1.3 Nicht auf die Selbstbeteiligung anrechenbare Tarifleistungen

Leistungen für Präventivmaßnahmen (Ziffer 3.10.1 bis 3.10.3) sowie vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen (Ziffer 4.1.1) werden nicht auf die kalenderjährliche Selbstbeteiligung angerechnet.

2. Erstattungsfähige Kosten durch

2.1 Ärzte und Zahnärzte

Leistungen eines Arztes oder Zahnarztes sind erstattungsfähig, wenn sie nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können. Die Kosten für erbrachte Leistungen aufgrund einer schriftlichen Honorarvereinbarung (abweichende Vereinbarung), soweit diese nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erfolgt, sind ebenfalls erstattungsfähig.

2.2 Heilpraktiker

Leistungen eines Heilpraktikers sind erstattungsfähig, wenn sie nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis der Heilpraktikerverbände (GebüH) berechnet sind oder wenn sie als ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig wären.

2.3 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme oder Entbindungspfleger sind erstattungsfähig, wenn die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden Gebührenordnung liegen.

2.4 Angehörige der Heilhilfsberufe (Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Physiotherapeuten, Podologen usw.)

Leistungen von Angehörigen der Heilhilfsberufe sind erstattungsfähig, wenn die Vergütungen im Rahmen der ortsüblichen Preise berechnet werden.

2.5 Pflegefachkräfte bei vorübergehender häuslicher Kranken- und Grundpflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung

Leistungen von Pflegefachkräften sind erstattungsfähig, wenn die Vergütungen im Rahmen der ortsüblichen Preise berechnet werden.

2.6 Psychotherapeuten

Leistungen von Psychotherapeuten sind erstattungsfähig.

Hierzu zählen die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie, sofern sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung unmittelbar oder von diesem verordnet im Delegationsverfahren oder
- b) von approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis durchgeführt wird.

2.7 Heilbehandler im Ausland

Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind erstattungsfähig, soweit ihre Leistungen vergleichsweise in der Bundesrepublik Deutschland erstattet worden wären.

3. Ambulante Heilbehandlung

3.1 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für

- ärztliche Leistungen,
- Geburtsvorbereitungskurse, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung durch Hebammen und Entbindungspfleger,
- Behandlungen durch Heilpraktiker,
- Psychotherapie nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers,
- Wegegeld des Heilbehandlers,
- Notfalltransporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Fahrten zur ambulanten Behandlung bei ärztlich bestätigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit zum nächsten geeigneten Heilbehandler bzw. Behandlungsort bis zu 50 Entfernungskilometer vom Wohnort.

3.2 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

3.3 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Physiotherapeuten usw.). Heilmittel müssen ärztlich verordnet sein.

Heilmittel sind:

- Beschäftigungstherapie (Ergotherapie),
- Bestrahlungen,
- Eis- und Wärmebehandlungen,
- Elektrotherapie,
- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Bewegungsübungen,
- Lichttherapie,
- Massagen,
- Osteopathie,
- Packungen, Hydrotherapie und Bäder,
- Podologie,
- Schwangerschaftsgymnastik,
- Schwangerschaftsrückbildungsgymnastik,
- Sprech-, Sprach- und Stimmbehandlungen.

3.4 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sollen. Hilfsmittel müssen ärztlich verordnet sein.

Hilfsmittel sind:

- Brillengestelle bis höchstens 400,00 Euro je Kalenderjahr,
- Brillengläser,
- Kontaktlinsen einschl. Kontaktlinsenpflegemittel bis höchstens 400,00 Euro je Kalenderjahr,
- Bruchbänder, Bandagen, Einlagen, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe,
- orthopädische Maßschuhe,
- orthopädische Schuheinlagen,
- orthopädische Schuhzurichtungen,
- Hörhilfen,
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Kunstglieder (z. B. Arm- und Beinprothesen, künstliche Augen),
- Krankenfahrräder,
- Sprechgeräte,
- Haarerersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehhilfen,
- Stützapparate einschl. Liegeschalen,
- und Ähnliches sowie
- Reparaturen von Hilfsmitteln.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete eine Anschaffung erübrigt. Die Aufwendungen für Reparaturen, Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel sind erstattungsfähig. Bitte setzen Sie sich vor dem Bezug von Hörgeräten, Beatmungsgeräten, Krankenfahrrädern und Ähnlichem mit uns in Verbindung. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

3.5 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für Nahrungsmittel

Nach ärztlicher Verordnung sind erstattungsfähig die Kosten für

- medikamentenähnliche Nahrungsmittel, wenn eine medizinisch notwendige Indikation für eine enterale und parenterale Ernährung vorliegt, bei der eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist,
- Nahrungsmittel, die geeignet sind, schweren Krankheitsbildern vorzubeugen oder sie zu lindern. Voraussetzung ist, dass der Versicherte eine vorherige schriftliche Zusage gegeben hat.

3.6 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel

Der Versicherte leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, soweit sie von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, außerdem für alternative Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen sowie für Therapien nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis.

3.7 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für ambulante Kurbehandlungen

Hierzu gehören bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach einem Kurplan durchgeführten ambulanten Kur in einem staatlich anerkannten Heilbad oder Kurort die ärztlichen Leistungen, die Arznei-, Verband- und Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen und Krankengymnastik).

Ferner gehören zu einer ambulanten Kur, bis zu einem täglichen Pauschalbetrag in Höhe von 25,00 Euro, die Aufwendungen für die Kurtaxe und die Unterkunft, wenn sich diese in einem staatlich anerkannten Heilbad oder Kurort befindet und zum Zwecke der Kurbehandlung benutzt wird. Die Tarifleistungen für Kurtaxe und Unterkunft werden alle zwei Kalenderjahre für höchstens 28 Kalendertage zur Verfügung gestellt.

Die Einschränkungen der Leistungspflicht bei Entziehungskuren nach § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 bleiben bestehen.

3.8 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für ambulante integrative Therapien für

3.8.1 Vorübergehende häusliche Krankenpflege

Die Kosten für eine ärztlich verordnete vorübergehende häusliche Krankenpflege bis zu vier Wochen im Kalenderjahr (z.B. Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung und Einreibungen) durch Pflegefachkräfte sind erstattungsfähig, wenn nachweislich durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt werden.

3.8.2 Vorübergehende häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Die Kosten für eine ärztlich verordnete vorübergehende häusliche Grundpflege (Mobilität, Motorik, Hygiene und Nahrungsaufnahme) und hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung) durch Pflegefachkräfte sind bis zu vier Wochen im Kalenderjahr erstattungsfähig.

3.9 Entbindungspauschale bei ambulanter Hausentbindung

Für ambulante Hausentbindung wird zusätzlich ohne Kostennachweis eine Entbindungspauschale von 1.000,00 Euro gezahlt.

Dieser Betrag wird auf die kalenderjährliche Selbstbeteiligung angerechnet.

3.10 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für ambulante Präventivmaßnahmen

Kosten für ambulante Präventivmaßnahmen nach den Ziffern 3.10.1 bis 3.10.3 sind höchstens bis zu 800,00 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig und werden nicht auf die kalenderjährliche Selbstbeteiligung angerechnet.

3.10.1 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind die Kosten zur Früherkennung von Krankheiten:

- Krebsvorsorgeuntersuchungen,
- Vorsorgeuntersuchungen zur Erkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Zuckerkrankheit,
- Vorsorgeuntersuchungen für Kinder,
- Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen.

3.10.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Schutzimpfungen einschl. Impfstoffe:

- Cholera,
- Diphtherie,
- FSME-Impfung (Zeckenschutzimpfung),
- Gelbfieber,
- Hepatitis A,
- Hepatitis B,
- Influenza (Gripeschutzimpfung),
- Keuchhusten,
- Masern,
- Meningokokken (Hirnhautentzündung),
- Mumps,
- Pneumokokken (Lungenentzündung),
- Poliomyelitis (Kinderlähmung),
- Röteln,
- Tetanus (Wundstarrkrampf),
- Tollwut,
- Tuberkulose,
- Typhus,
- Varizellen (Windpocken).

3.10.3 Erstattungsfähig sind ambulante Routineuntersuchungen (Check up)

3.11 Nicht erstattungsfähig sind Kosten für

- Stärkungs- und Anregungsmittel, Präparate zur körperlichen und geistigen Leistungssteigerung, Lifestylemedikamente und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel,
- Badezusätze, Saunabäder, Fußpflege, Desinfektions-, empfängnisverhütende Mittel, Kosmetika, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- sanitäre und medizinische Bedarfsartikel sowie Sonnenbrillen,
- die Beseitigung von Schönheitsfehlern und kosmetische Operationen und Behandlungen,
- Gebrauchsgegenstände, deren Anschaffungskosten den Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind.

4. Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

4.1 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für

4.1.1 Vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen

Vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen werden ohne Anrechnung auf die kalenderjährliche Selbstbeteiligung erstattet.

Vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind Leistungen zur Prophylaxe gegen Karies und parodontale Erkrankungen einschließlich professioneller Zahnreinigung sowie zur Erstellung eines Mundhygienestatus.

4.1.2 Zahnbehandlungen

Zahnbehandlungen sind allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende Leistungen (außer bei der Versorgung mit Zahnersatz), insbesondere Inlays, Onlays, Einlagefüllungen und gehämmerte Füllungen sowie chirurgische Leistungen und Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschl. Material- und Laborkosten.

4.2 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 85 % für

4.2.1 Zahn- und Kieferregulierungen

Zahn- und Kieferregulierungen sind zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschl. Material- und Laborkosten.

4.2.2 Zahnersatzversorgungen

Zahnersatzversorgungen sind prothetische Leistungen, insbesondere die Versorgung mit Kronen, Brücken und Prothesen, Reparaturen von Zahnersatz, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Dazu gehören auch alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen einschl. Material- und Laborkosten.

4.2.3 Implantatversorgungen

Implantatversorgungen sind implantologische Leistungen. Dazu gehören auch alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen einschl. Material- und Laborkosten.

4.2.4 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

4.2.5 Unsere Empfehlung bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Heilbehandlung

Wir empfehlen Ihnen, uns bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Heilbehandlung vor Beginn der Maßnahme einen Heil- und Kostenplan einschl. Material- und Laborkosten des Zahnarztes/Kieferorthopäden vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung 3.500,00 Euro überschreiten.

5. Stationäre Heilbehandlung

5.1 Erstattungsfähig sind die Kosten zu 100 % für

- die Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV),
- die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung im Einbettzimmer nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV),
- die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Kosten für privatärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung),
- Behandlung und Untersuchung durch Hebammen und Entbindungspfleger,
- Notfalltransporte zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Rettungsfahrzeug einschl. Rettungshubschrauber,
- Fahrten zu und von der stationären Behandlung bei ärztlich bestätigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit zum nächsten für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bis zu 50 Entfernungskilometer vom Wohnort,
- stationäre Psychotherapie nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers,
- die Grund- und Bereitstellungskosten eines Telefonapparates und Fernsehgerätes,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),
- Anschlussheilbehandlungen, die innerhalb von 14 Kalendertagen nach Beendigung einer vollstationären Heilbehandlung angetreten werden und kein Anspruch gegen einen Rehabilitationsträger besteht.
- in Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen und nicht nach Pflegeklassen unterscheiden, werden die Kosten für die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Einbettzimmer einschl. privatärztlicher Leistungen (Chefarztbehandlung) und Nebenkosten sowie die Leistung einer Hebamme oder Entbindungspflegers erstattet.
- soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche aus dem Tarif KL an ein Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine Kostenübernahmeerklärung ab, kann der Versicherer diese Kostenübernahmeerklärung auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung nach Ziffer 1 geben. Eine solche Kostenübernahmeerklärung bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der "Card für Privatversicherte".

5.2. Begleitperson bei Kindern

Wird neben einem beim Versicherer versicherten Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr während einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung ein Erziehungsberechtigter aus medizinischen Gründen auf ärztliches Anraten als Begleitperson aufgenommen, wird für die Dauer der vollstationären Heilbehandlung täglich ein Betrag in Höhe von 50,00 Euro für höchstens 14 Kalendertage pro Kalenderjahr erstattet.

5.3 Ersatzkrankenhaustagegeld

Für jeden Kalendertag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus - nicht bei vor- oder nachstationärer Heilbehandlung - (vgl. § 6 Abs. 1 MB/KK 2009 i.V.m. Tarifbedingungen des Tarifs KL) werden bei Verzicht auf

- gesondert berechenbare Kosten für die Unterbringung 50,00 Euro
- gesondert berechenbare Kosten für ärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 50,00 Euro
- Unterbringung und die ärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) 100,00 Euro

gezahlt. Hierbei zählen der Aufnahme- und Entlassungstag als jeweils ein Kalendertag. Das Ersatzkrankenhaustagegeld wird auf die kalenderjährliche Selbstbeteiligung angerechnet.

5.4 Stationäre Kurbehandlungen

Bei einer ärztlich verordneten medizinisch notwendigen stationären Kurbehandlung in einer Kuranstalt (Sanatorium, Kurklinik oder Heilstätte), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, werden täglich 25,00 Euro gezahlt.

Die Leistungen für stationäre Kurbehandlungen werden innerhalb von zwei Kalenderjahren für höchstens 28 Kalendertage erbracht.

6. Krankenrücktransport aus dem Ausland

6.1 Erstattungsfähig sind die Mehrkosten zu 100 % für

medizinisch notwendige Krankenrücktransporte aus dem Ausland einschl. der Aufwendungen für eine Begleitperson für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.

- 6.1.1 Die medizinische Notwendigkeit für den Krankenrücktransport besteht, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Dieses ist durch ein vor Beginn des Krankenrücktransportes ausgestelltes ärztliches Attest nachzuweisen.
- 6.1.2 Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Heilbehandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz für Krankenrücktransporte insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.
- 6.1.3 Die Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen.
- 6.1.4 Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, nachweislich vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält.
- 6.1.5 Ein Krankenrücktransport im Sinne der Ziffer 6 liegt vor, wenn er mit dem medizinisch notwendigen Transportmittel (einschl. Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug) durchgeführt wird.
- 6.1.6 Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankenrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen.

7. Beitragsfreistellung nach Entbindung

Hat die Mutter ihre bisherige Erwerbstätigkeit nach der Entbindung wegen Pflege des Kindes aufgegeben, kann der Tarif KL bis zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, längstens für 6 Monate ab dem auf die Entbindung folgenden Monat, beitragsfrei geführt werden. Die Beitragspflicht setzt mit dem Ablauf des 6. Monats wieder ein.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt. Von dieser Regelung kann nur Gebrauch gemacht werden, wenn unmittelbar vor der Entbindung ein mindestens 12-monatiger ununterbrochener Versicherungsschutz im Tarif KL bestanden hat. Der Leistungsumfang des Tarifs KL ändert sich während der Beitragsfreistellung nach der Entbindung nicht

8. Leistungen des Versicherungsnehmers

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.