

Versicherungsbedingungen und Informationen Krankenversicherung

Vollversicherung Öffentlicher Dienst

Stand: Februar 2012

**DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung
Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG**

Versicherungsbedingungen und Informationen

Krankenversicherung

Vollversicherung öffentlicher Dienst

Inhaltsverzeichnis	Nummer	Seite
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht		3
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)		4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung	VG404	6
Tarife Vision B-N (VisB-N) – Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte	VG440	13
Tarife Vision B00-N (VisB 00-N) – Übergangstarif für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst	VG441	17
Tarife BN3/1-N – Beihilfeergänzungstarife für Versicherte im Tarif VisB-N	VG465	18
Tarife BN3/2-N – Beihilfeergänzungstarife für Versicherte im Tarif VisB-N	VG466	20
Tarife BN4-N – Beihilfeergänzungstarife für Versicherte im Tarif VisB-N	VG467	22
Tarife BS 15-70-N – ambulanter Krankheitskostentarif für Beihilfeberechtigte	VG420	24
Tarife BSG 15-70-N – ambulanter Krankheitskostentarif für Beihilfeberechtigte	VG263	27
Tarife B3 15-70-N – stationärer Krankheitskostentarif für Beihilfeberechtigte	VG422	31
Tarif BW2 15-00-N – Stationärer Wahlleistungstarif für Beihilfeberechtigte	VG461	34
Tarife BWE-N – Differenzkosten Einbett- und Zweibettzimmer	VG460	36
Tarife BZ 15-70-N – Krankheitskostentarif für Beihilfeberechtigte	VG421	37
Tarife BN1/1-N – Beihilfeergänzungstarif für Versicherte in der Tarifgruppe B-N	VG462	39
Tarife BN1/2-N – Beihilfeergänzungstarif für Versicherte in der Tarifgruppe B-N	VG463	41
Tarife BN2-N – Beihilfeergänzungstarif für Versicherte in der Tarifgruppe B-N	VG464	43
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (für Tarife KHTE-N, 350E-N)	VG400	45
Tarife KHTE-N – Krankenhaustagegeld-Versicherung	VG571	52
Tarife 350E-N – Kurtarif	VG572	53
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge	VG411	54
Tarife Flex 1, Flex 2, Flex 3 – Pflegevorsorgeversicherung	VG257	57
Tarif FamilyFit – Pflegevorsorgeversicherung	VG260	59
Tarif FamilyFitK – Pflegevorsorgeversicherung	VG261	61
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut	VG412	62
Tarif Akut – Pflegevorsorgeversicherung	VG258	64
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (für Tarif AWFH)	VG300	66
Tarif AWFH – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung	VG225	70
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung	VG243	71
Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB	VG244	77
Anhang zu MB/PPV und Tarif PV		82
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kleine Anwartschaftsversicherung (AWV)	VG226	91
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung (AWV)	VG228	92
Zahn-Sachkostenliste I	VG594	93
Zahn-Sachkostenliste II	VG593	96
Preisverzeichnis-Heilmittelliste	VG596	98

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder beitragsfrei** mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (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.

§ 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 nur 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 Aufklärungspflicht 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 erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so 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 bezieht 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 Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten im Verzuge, 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 verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkte 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 5.000,- Euro begrenzt ist, abzuschließen auf aufrechtzuerhalten; für Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfeszins nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,- 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 Hilfevorsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes 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. 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.

(2) 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, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 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.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 204 Tarifwechsel

(1) ¹Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; sowie die Leistung in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 01. Juli 2009 beantragt wurde;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

- a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
- b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 01. Juli 2009 erfolgte.

²Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifs verlangen, in dem die über den Basistarif hinaus gehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist.

³Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

(3) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder

eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer 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 die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heifürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhe oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.
(...)

§ 206

Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.
(...)

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) §§ 1 – 20

Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) Nr. 1-36 ÖD

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,

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden – soweit sich aus § 4 MB/KK 2009 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden – bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist übersichtlich, wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld

Nr. 2 Besondere Bedingungen

(1) Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) abhängig machen, insbesondere wenn

- a) das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht ist, oder
b) der Wohnsitz oder Arbeitsplatz außerhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers liegt.

(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) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

Nr. 3 a) Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

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

Nr. 3 b) Vorsorgeuntersuchungen

Die in den gesetzlich eingeführten Programmen vorgesehenen Altersgrenzen für Erwachsene brauchen nicht eingehalten zu werden.

- 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 außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

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

Nr. 4 a Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Europäischen Union (EU), dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz

Abweichend von § 1 Abs. 5 MBKK besteht während der ersten 6 Monate des Aufenthaltes in dem Land der EU, der Schweiz bzw. des EWR in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrundegelegt werden.

Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den

Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

Nr. 4 b Weltgeltung außerhalb der Europäischen Union (EU), der Schweiz und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

(1) Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Hinsichtlich der Mehrkosten in Fällen zweckgerichteter Heilbehandlungen gilt Nr. 18 der Tarifbedingungen. Der Versicherungsnehmer soll in seinem Interesse dem Versicherer eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitteilen, da der Zugang von vertragsrelevanten Poststücken bereits mit Zusendung an die alte bekannte Adresse gewährleistet ist. Versäumt der Versicherungsnehmer diese Meldung, so ist der Versicherer berechtigt, Schriftsätze und Unterlagen an die bisherige Anschrift oder an eine etwaig bekannt gewordene ausländische Anschrift zu senden oder zustellen zu lassen.

(2) Über die in Abs. (1) genannte Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB 2009). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(3) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 35 Abs. (1) TB entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

(4) Kein Versicherungsschutz besteht ab dem 7. Monat eines Auslandsaufenthaltes, sofern keine besondere Vereinbarung gemäß Abs. (2) oder (3) zwischen dem Versicherten und dem Versicherer getroffen wurde.

(5) Ist es dem Versicherten, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß Abs. (2) oder (3) fristgerecht zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.

(6) Ein gemäß Abs. (2) vereinbarter Beitragszuschlag entfällt mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes. Kehrt die versicherte Person in einen Mitgliedstaat der EU, in die Schweiz oder den EWR zurück, kann unter den in Nr. 4 Abs. 2 genannten Voraussetzungen erneut ein Zuschlag erhoben werden).

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Altersrückstellung) 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. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 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 und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Nr 5 Kindernachversicherung

Sind beide Elternteile gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltstufe vorhanden ist.

Nr. 6a Wegfall der Vorversicherungszeit eines Elternteils beim Versicherer (Frühgeburtregelung)

Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer

auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Nr. 6 b Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherer versichert das Neugeborene wie geboren.

(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 einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung 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 aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Nr. 7 Wartezeitverzicht

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung aller Wartezeiten.

Nr. 8 entfällt

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

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

Nr. 9 Heilbehandler

(1) Als Heilbehandler gelten auch freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger sowie liquidationsberechtigte Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- – bzw. Heilhilfsberufe).

(2) Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

(3) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Nr. 10 Gebührenordnungen

Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Hebammen sowie Gebührenverzeichnissen von Heilpraktikerverbänden aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

Nr. 10 a Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

(1) Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste des versicherten Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

(2) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10% von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen.

Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 10 b Behandlung im Ausland

Die Nummern 10 und 10 a TB gelten nicht für Behandlungen im Ausland. Grundlage der Erstattung sind ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

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

Nr. 11 Definitionen

(1) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Mittel,

deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird, Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Schlankeits- und Abführungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze sowie Potenzmittel und Haarwuchsmittel.

(2) Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie und Logopädie. Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die nachfolgend aufgezählten:

1. Sehhilfen, elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450,- Euro brutto), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1.450,- Euro brutto pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;

2. Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25,- Euro an), orthopädische Schuhschulzungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist;

3. Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 520,- Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;

4. Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, enterale Ernährung und Zubehör;

5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;

6. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte;

7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergiker- Bettwäsche (= Encasings, bis max. 200,- Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung – nicht aber der Unterhalt – eines Blindenhundes. Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, die genannten Geldbeträge anzupassen.

(4) Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt 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.

Nr. 12 Leistungshöchstgrenzen

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Höhe des erstattungsfähigen Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten.

(3) Der Versicherer verzichtet bei Krankenhausaufenthalten im Ausland auf die Anwendung von Abs. (2) Nr. 1 TB bleibt unberührt.

Nr. 13 Besondere Unterbringungsformen

(1) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt.

Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

(2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

(3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 13 a Vor- und Nachuntersuchung

Der Versicherer leistet im Rahmen einer stationären Behandlung für je eine medizinisch notwendige ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 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.

Nr. 13 b Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

(1) Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war.

(2) Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung. Die Kosten werden bei den unten aufgeführten Diagnosen ebenfalls ohne vorherige schriftliche Leistungszusage im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluß an die stationäre Behandlung erstattet, wenn

die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt, wobei der Entlassungstag bei der Berechnung der Frist nicht mitzählt:

- Herztransplantationen
- Bypassoperationen
- akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt
- Bandscheibenoperationen
- Gelenkersatzoperationen
- Hirninfrakt und -blutung (Schlaganfall)
- schweren Schädel-Hirnverletzungen
- Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen

Die Leistung erfolgt im tariflichen Umfang.

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

Nr. 14 Beitragsrückerstattung

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

Nr. 15 Leistungen bei unterjährigem Tarifbeginn bzw. -wechseln

Im ersten Versicherungsjahr beträgt der tarifliche Selbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8 b MB/KK 2009).

§ 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;

Nr. 16 a Terrorereignisse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.

Nr. 16 b Wehrdienstbeschädigung

Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 geleistet.

Nr. 16 c Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren

Nr. 17 a Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

(1) In der Krankheitskostenvollversicherung sind für maximal 8 Wochen einer stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme 80% der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig, sofern folgende Voraussetzungen insgesamt erfüllt sind:

- Es handelt sich um die erste Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Versicherungsbeginn in der Krankheitskostenvollversicherung;
- die Kostenübernahme wird vor Beginn der Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme beim Versicherer beantragt;
- es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung.

Über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinaus werden unabhängig vom versicherten Tarif keine weiteren tariflichen Leistungen für Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen erbracht.

(2) Keine Leistungspflicht besteht in Zusatztarifen für gesetzlich Versicherte sowie in der Krankenhaustagegeldversicherung.

c) für Behandlungen 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 Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretene Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 17 b

Für ambulante Heilbehandlungen – nicht für Kur – und Sanatoriumsbehandlungen – in einem Heilbad oder Kurort leistet der Versicherer in tariflichem Umfang.

f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder.

Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

Nr. 18 Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU, der Schweiz bzw. des EWR (siehe hierzu Nr. 4 a TB bei Wohnsitznahme in der EU, der Schweiz bzw. EWR), sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

(2) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. (1) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. (1) keine Anwendung.

(4) Wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt, findet Abs. (1) ebenfalls keine Anwendung.

Nr. 18a Anwendbares Recht und Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

Für Klagen von Versicherungsnehmern, die sich nicht in Deutschland aufhalten, gilt die in Nr. 36 TB geregelte Gerichtsstands- und Rechtsvereinbarung.

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

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

Nr 19 Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen. Geht eine Kostenerstattung durch Dritte voraus, genügt die Vorlage von Duplikaten, auf denen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt sein müssen.

Die Belege der in § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten. Ebenfalls enthalten sein müssen Name und die Anschrift des Behandlers

(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandler vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten.

(3) Das Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

(4) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

§ 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.

(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.

Nr. 20 Wechselkurs

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, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

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

Nr. 21 uberweiskosten

Kosten für eine normale Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

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

 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

 8 Beitragszahlung

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

Nr. 22 Eintrittsalter

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 22 Abs. 1, Satz 2, erreicht hat.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(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 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

Nr. 23 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlass

(1) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(2) Bei halbjährlicher oder jährlicher Vorauszahlung des Beitrags gewährt der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto).

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenvollversicherung ( 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mut-

terschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung zu entrichten. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfsbedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwolfsten Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfsbedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwolfsten Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

Nr. 24a

Abweichend vom folgenden 8 Abs. 7 Satz 1 MB/KK 2009 kann der Versicherer auch bei einer der Erfüllung der Pflicht dienenden Krankheitskostenvollversicherung ( 193 Abs. 3 VVG) bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages gemäß 37 VVG vom Vertrag zurücktreten.

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der 37 und 38 i.V.m. 194 Abs. 2 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.

Nr. 24b Mahnkosten

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages 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 Rucktrittsoder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschaftsbuhr verlangen.

Nr. 25 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer bei anderen als den in 8 Abs. 6 genannten Versicherungen das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den jeweils gültigen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung, auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

(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 Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungs-schutzes wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhoherung 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 Alterungs-rückstellung zu bilden ist.

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

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

 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepaßt und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

Nr. 26 uberprufungseinheiten und Anpassungsfaktor

Der in 8 b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2009 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife für die Versicherungsleistungen 10% und für die Sterbewahrscheinlichkeit 5%, soweit im Tarif nichts anderes geregelt ist.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

Nr. 27 Meldung einer Krankenhausbehandlung

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Nr. 28 Meldung einer Änderung oder des Wegfalls des Beihilfeanspruches

Änderungen oder Wegfall des Beihilfeanspruches sollen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

(2) 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.

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

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

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

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

Nr. 29 Unfall-Krankenhaustagegeld

Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 – 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.

(2) 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 kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(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 infolge dessen keinen Ersatz von den 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.

Nr. 30 Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Jahre (24 Monate) fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat.

Nr. 31 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

(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, nach dem 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.

Nr. 32 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 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.

(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

Nr. 33 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht. Darüber hinaus verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auch, wenn die Krankenhaustagegeldversicherung zusammen mit der inzwischen beendeten Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abgeschlossen wurde. Das verbleibende Kündigungsrecht kann vom Versicherer nur zum Ende des 3. Versicherungsjahres ausgeübt werden.

einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 7 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

Nr. 34 Ehescheidungen, Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

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

Nr. 35 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

(1) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die versicherte Person sich mehr als sechs Monate ununterbrochen im Ausland aufhält. Eine Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt ebenfalls vor, wenn mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate überschreiten und zwischen den einzelnen Auslandsaufenthalten ein Zusammenhang besteht.

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 MB/KK 2009 bzw. Nr. 4 Abs. (2) TB im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. (1) nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthaltes bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 4 Abs. (2) TB getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 2009.

(4) Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland kann der Versicherte stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Nr. 36 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Auf das Versicherungsverhältnis ist ausschließlich deutsches Recht anwendbar.

(2) Befindet sich der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers

oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 4 Abs. (1) TB) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen:

Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht. Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die deutschen Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen. Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass außer den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

All disputes between the parties hereto arising from or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law. The venue for all disputes between the parties arising from or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz). This forum selection clause is also provided in English to emphasize that venues in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not be appropriate in any forum in the world other than the locations set forth within this paragraph.

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche 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. 2 a) Nr. 2, 2a-2c SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anlage) 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 geschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfsbedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfsbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzung wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 257 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999

§ 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 Jahresarbeitsentgelte 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 insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht

übersteigt, sofern das Jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

a) 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 in Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären.

b) 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,

c) 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.

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden;

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz (2) erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz (2a) Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigten Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt.

Für in Absatz (2a) Satz 2 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. (1) des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

(2c) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes (2a) nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

Versicherungsvertragsgesetz in der ab 1.1.2009 gültigen Fassung

§ 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 sinnngemäße 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, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes 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.

§ 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.

Sonstige Vorschriften aus dem Versicherungsvertragsgesetz s. Anhang

Versicherungsaufsichtsgesetz

§ 12 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 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;

2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Tarif: Vision B-N (VisB-N) für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte

Tarif	VisB-N	Erstattungssatz Vorsorge, ambulante und zahnärztliche Behandlung	Erstattungssatz stationäre Behandlung
	VisB 15-N	15%	15%
	VisB 20 15-N	20%	15%
	VisB 20-N	20%	20%
	VisB 25 15-N	25%	15%
	VisB 25-N	25%	25%
	VisB 30 15-N	30%	15%
	VisB 30-N	30%	30%
	VisB 35 20-N	35%	20%
	VisB 35-N	35%	35%
	VisB 40 25-N	40%	25%
	VisB 40-N	40%	40%
	VisB 45 30-N	45%	30%
	VisB 45-N	45%	45%
	VisB 50 35-N	50%	35%
	VisB 50-N	50%	50%
	VisB 50-NT	50%	50%
A Leistungen des Versicherers	Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend den jeweiligen versicherten Prozentsätzen.		
B Erstattungsfähige Aufwendungen	<p>1. Ambulante Behandlung</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <ul style="list-style-type: none"> • für ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie, • für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker – außer Psychotherapie. <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>für die erste bis zur 30. Therapiesitzung 80% des versicherten Prozentsatzes ab der 31. Therapiesitzung erstattet.</p> <p>Für Arznei- und Verbandsmittel werden</p> <p style="text-align: center;">80% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 Euro pro Kalenderjahr und versicherter Person; danach</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>erstattet.</p> <p>Bei Kindern und Jugendlichen werden bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, 100% der Kosten im Rahmen des entsprechenden tariflichen Erstattungssatzes für Arznei- und Verbandsmittel als erstattungsfähig zu Grunde gelegt.</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>für Heilmittel, höchstens jedoch bis zur Höhe der nach den Beihilfevorschriften des Bundes beihilfefähigen Höchstätzen.</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD – außer Sehhilfen und Hörgeräte –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen. Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD – außer Sehhilfen und Hörgeräte – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung</p> <p style="text-align: center;">auf 80% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • orthopädischen Schurzrichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; • Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr.11 Abs. 3 TB 2009 ÖD; • Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostomaartikel, Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenstock und Blindenhund, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte; • Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. 		

100 % des versicherten Prozentsatzes

- für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Ab dem 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung bis zu einem Rechnungsbetrag auf 300,00 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren. Bis zum 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung auf 100 Euro je Kalenderjahr.
- Für Hörgeräte innerhalb von drei Kalenderjahren bis insgesamt 1.300,00 Euro pro Ohr.

100 % des versicherten Prozentsatzes

der Transportkosten zu oder von der nächstreicheren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

Serviceleistungen:

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.

2. stationäre Behandlung

100 % des versicherten Prozentsatzes

- Für Kosten einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung.
- Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer teil- oder vollstationären Behandlung, allerdings ohne die Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer oder die Inanspruchnahme eines Privatarztes (allgemeine Pflegeklasse).
- Für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegefachkräfte, mit denen die Pflegeklassen entsprechende Versorgungsverträge geschlossen haben, wenn durch die häusliche Krankenpflege die stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird und kein Anspruch auf Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung wegen dauernder Pflegebedürftigkeit besteht. Erstattungsfähig sind für häusliche Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung Vergütungen bis max. 50,00 Euro täglich für höchstens 14 Tage je Behandlungsfall.

100 % des versicherten Prozentsatzes

Bei einem Auslandsaufenthalt werden die Aufwendungen die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reismehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Andernfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.

Serviceleistung:

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.

3. Zahnärztliche Heilbehandlung

100 % des versicherten Prozentsatzes

für Aufwendungen für von Zahnärzten berechneten prophylaktische zahnärztliche Leistungen, namentlich die Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur effektiven Mundpflege, Kontrolle des Erfolges der Unterweisung und weitere Anleitung, lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz sowie die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen;

100 % des versicherten Prozentsatzes

für Zahnbehandlung einschließlich kieferorthopädischer Leistungen;

100 % des versicherten Prozentsatzes

für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer genehmigt wird. Dieser ist nur dann einzureichen, wenn die geplante Maßnahme laut Heil- und Kostenplan den Betrag von 1.000,00 Euro übersteigt.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Reicht der Versicherungsnehmer einen Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

Implantate:

Wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer genehmigt wird, werden zwei Implantate pro Kiefer während der gesamten Verweildauer in diesem Tarif erstattet, sofern sie wie folgt verwendet werden:

- zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarte Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind;
- zur Versorgung einer Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- zur Fixierung einer Totalprothese.

Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig. Reicht der Versicherungsnehmer den Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen, sind ab Beginn der Versicherung in diesem Tarif für

- Zahnersatz,
- Implantate,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für
- Kieferorthopädie

<p>B Fortsetzung</p>	<p>in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,00 EUR erstattungsfähig. Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen gibt es keine Begrenzung durch die Zahnstaffel. Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste II aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p>Serviceleistung: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich.</p> <p>4. weitere Leistungen der AVB Der Versicherer erstattet auch für alle übrigen in den AVB (Teil I und II) enthaltenen Leistungen nur entsprechend dem versicherten Prozentsatz.</p>
<p>C Auszahlungsverfahren</p>	<p>Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200,00 Euro übersteigen. Erreichen die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.</p>
<p>D Tarif VisB-N und Beihilfe</p>	<p>Es können nur Tarife gewählt werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100% der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen. Erhöht sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person, passt der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen an. Die Herabsetzung erfolgt rückwirkend zum Änderungszeitpunkt, wenn die Änderung dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung mitgeteilt wird. Ansonsten wird der Versicherungsschutz ab Zugang der Mitteilung herabgesetzt.</p> <p>Vermindert sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person oder entfällt er, nimmt der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der bestehenden Tarife vor.</p> <p>Die Anpassung wird ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung vorgenommen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung gestellt wird, • für die beantragten Leistungen bereits im Rahmen dieses Tarifs Leistungen vereinbart waren und <p>Die Anpassung wird ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung vorgenommen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung gestellt wird, • für die beantragten Leistungen bereits im Rahmen dieses Tarifs Leistungen vereinbart waren und • der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz nur soweit erhöhen will, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Wird der Versicherer später informiert, wird der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt des Zugangs der Mitteilung erhöht. Im Übrigen gilt § 8 a Abs. 4 der MB/KK 2009.</p> <p>Die Versicherung in Tarif VisB 50-NT wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif VisB 30-N umgestellt. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.</p>
<p>E Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden. Neben einer Versicherung in diesem Tarif kann eine Versicherung nach den Tarifen BN1-N und BN2-N weder abgeschlossen noch aufrecht erhalten werden.</p>
<p>F Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung</p>	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <p>a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.</p> <p>b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.</p> <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Ausbildung endet,</p> <p>b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),</p> <p>c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,</p> <p>d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, werden wir den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>G Umwandlungsoption</p>	<p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die Umstellung in einen bestehenden Tarif mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht nur für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Weitere Voraussetzungen dieser Option ist, dass in der gewünschten beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p>

<p>G Fortsetzung</p>	<p>Die Option ermöglicht im Rahmen einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung auch den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und / oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist. Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Diese Option gilt nicht:</p> <p>a) für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder</p> <p>b) sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt.</p> <p>2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit;</p> <p>b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines eigenen Kindes durch die versicherte Person allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag;</p> <p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind);</p> <p>e) Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe;</p> <p>f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption f) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kinder nachversicherung versichert wurden.</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Option</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) in allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>H Bonifikation</p>	<p>1. Beitragsrückerstattung Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte nach Maßgabe der Tarifbedingung jährlich eine Gutschrift (Gesundheitsbonus) erhalten.</p> <p>2. Verhaltensbonus Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus).</p> <p>Art, Umfang und Voraussetzungen der Bonifikationen werden den Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.</p>
<p>I Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vmhundertsatzes gemäß § 8 b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann unter den in § 8 b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 03/2010

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

**VisionB 00-N (VisB 00-N) für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung**

Teil III: Übergangstarif für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p>Der Versicherer erstattet</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlungen sowie Zahnbehandlung entsprechend der Leistungen des Tarifs Vision B-N mit den dortigen Leistungskatalogen.</p> <p style="text-align: center;">50%</p> <p>für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt wird. Dieser ist nur dann einzureichen, wenn die geplante Maßnahme laut Heil- und Kostenplan den Betrag von 1.000,00 Euro übersteigt. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich mit Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Reicht der Versicherungsnehmer einen Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.</p> <p style="text-align: center;">50%</p> <p>für Implantate, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer genehmigt wird, zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate)</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarte Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind; • zur Versorgung einer Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen, • zur Fixierung einer Totalprothese. <p>Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig. Reicht der Versicherungsnehmer den Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.</p> <p>Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen, sind ab Beginn der Versicherung nach diesem Tarif für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zahnersatz, • Implantate, • funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für • Kieferorthopädie <p>in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,00 EUR erstattungsfähig. Versicherungszeiten in anderen Tarifen werden angerechnet. Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen gibt es keine Begrenzung nach der Zahnstaffel.</p>
<p>B Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Aufnahmefähig sind Personen, die als Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst eine Berufsausbildung absolviert haben und unmittelbar nach Beendigung ihrer Ausbildung arbeitslos geworden sind und für die versicherte Person kein Anspruch auf Beihilfe oder eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner können mitversichert werden.</p>
<p>C Dauer der Versicherung</p>	<p>Mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person a) das 34. Lebensjahr vollendet, b) die Arbeitslosigkeit endet, spätestens aber mit Ablauf von 18 Monaten seit Ausbildungsende wird die Versicherung, auch für mitversicherte Ehegatten oder Lebenspartner, zu den normalen Bedingungen des Tarifs, der zum Ende der Ausbildung vereinbart war, fortgesetzt. Ab diesem Zeitpunkt ist dann der geltende Beitrag für den Zugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD sowie des Tarifblatts (Teil III der AVB) zu Tarif Vision B-N.

Gültig ab 01/2009

Tarif BN3/1-N Beihilfeergänzungstarif Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Beihilfeergänzungstarif für Versicherte im Tarif Vision B-N (VisB-N)

Tarif	<p>Diese Tarife können nur zusammen mit Tarif VisB-N vereinbart werden:</p> <p>BN3/1 15-N mit VisB 15-N BN3/1 20-N mit VisB 20-N oder VisB 20 15-N BN3/1 25-N mit VisB 25-N oder VisB 25 15-N BN3/1 30-N mit VisB 30-N oder VisB 30 15-N BN3/1 35-N mit VisB 35-N oder VisB 35 20-N BN3 40-N mit VisB 40-N oder VisB 40 25-N BN3 45-N mit VisB 45-N oder VisB 45 30-N BN3 50-N mit VisB 50-NT, VisB 50-N oder VisB 50 35-N</p> <p>Für die Versicherung im Tarif BN3/1-N gelten auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif VisB-N.</p>
A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall nach Anrechnung eventueller Ansprüche aus der jeweils geltenden Beihilfeverordnung und von Versicherungsleistungen aus dem Tarif VisB-N verbleibende Aufwendungen für</p> <p>a) Leistungen der Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des geltenden Gebührenverzeichnisses (GebÜH),</p> <p>b) Hilfsmittel – einschließlich Sehhilfen und Hörgeräte – im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifs VisB-N,</p> <p>c) gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-N – einschließlich der Regelungen der Zahnstaffel,</p> <p>d) Heilbehandlung im Ausland im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach VisB-N,</p> <p>e) Rücktransport/Überführungskosten Bei einem Auslandsaufenthalt werden im tariflichen Rahmen die Aufwendungen die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reismehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet. Aufwendungen für unmittelbare Überführungskosten beim Tod der versicherten Person im Ausland werden, bei Überführung an den ständigen Wohnsitz, bis zu 10.000,00 Euro ersetzt. Bestattungskosten im Ausland werden, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären – höchstens jedoch bis 5.000,00 Euro – erstattet.</p>
B Selbstbeteiligung	In der jeweils geltenden Beihilfeverordnung vorgesehene Selbstbeteiligungen (Abzugsbeträge bei den beihilfefähigen Aufwendungen) sind nicht erstattungsfähig.
C Aufnahmefähigkeit	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.</p> <p>Aufnahmefähig sind Versicherte, die nach den für sie jeweils geltenden Beihilfavorschriften mehr als 40% der Kosten gesondert berechneter Material- und Laborkosten Beihilfe erhalten.</p>
D Ende des Ergänzungstarifs	Endet die Versicherung im Tarif VisB-N, endet gleichzeitig die Ergänzungsversicherung in diesem Tarif.
E Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <p>a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.</p> <p>b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.</p> <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Ausbildung endet,</p> <p>b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),</p> <p>c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,</p> <p>d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen auch für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt. Der Versicherer wird den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen AVB weiterführen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht. Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p>

E Fortsetzung
F Beitragsanpassung

<p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>Hinsichtlich des Vomhundersatzes gemäß § 8 b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8 b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD sowie des Tarifblatts (Teil III der AVB) zu Tarif Vision B-N.

Gültig ab 03/2009

Wichtiger Hinweis

Im Tarif Vision B-N enthaltene Leistungsgrenzen gelten auch in diesem Tarif.

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

Tarife BN3/2-N Beihilfeergänzungstarif Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Beihilfeergänzungstarif für Versicherte im Tarif VisB-N

Tarif	<p>BN3/2-N</p> <p>Diese Tarife können nur zusammen mit Tarif VisB-N vereinbart werden:</p> <p>BN3/2 –20-N mit VisB 20-N BN3/2– 30-N mit VisB 30-N BN3/2 –50-N mit VisB 50T-N</p> <p>Für die Versicherung im Tarif BN3/1-N gelten auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif VisB-N.</p>
A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall nach Anrechnung eventueller Ansprüche aus der jeweils geltenden Beihilfeverordnung und von Versicherungsleistungen aus dem Tarif VisB-N verbleibende Aufwendungen für</p> <p>a) Leistungen der Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des geltenden Gebührenverzeichnisses (GebüH),</p> <p>b) Hilfsmittel – einschließlich Sehhilfen und Hörgeräte – im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifs VisB-N,</p> <p>c) gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-N – einschließlich der Regelungen der Zahnstafel,</p> <p>d) Heilbehandlung im Ausland im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach VisB-N,</p> <p>e) Rücktransport/Überführungskosten</p> <p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden im tariflichen Rahmen die Aufwendungen die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reismehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet. Aufwendungen für unmittelbare Überführungskosten beim Tod der versicherten Person im Ausland werden, bei Überführung an den ständigen Wohnsitz, bis zu 10.000,00 Euro ersetzt. Bestattungskosten im Ausland werden, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären – höchstens jedoch bis 5.000,00 Euro – erstattet.</p>
B Selbstbeteiligung	In der jeweils geltenden Beihilfeverordnung vorgesehene Selbstbeteiligungen (Abzugsbeträge bei den beihilfefähigen Aufwendungen) sind nicht erstattungsfähig.
C Aufnahmefähigkeit	Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden. Aufnahmefähig sind Versicherte, die nach den für sie jeweils geltenden Beihilfevorschriften 40% oder weniger der Kosten gesondert berechneter Material- und Laborkosten Beihilfe erhalten.
D Ende des Ergänzungstarifs	Endet die Versicherung nach Tarif VisB-N, endet gleichzeitig die Ergänzungsversicherung nach diesem Tarif.
E Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <p>a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.</p> <p>b) in Berufsausbildung stehende und studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.</p> <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Ausbildung endet,</p> <p>b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),</p> <p>c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,</p> <p>d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt. Der Versicherer wird den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weiter führen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht. Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
F Beitragsanpassung	Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8 b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8 b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD sowie des Tarifblatts (Teil III der AVB) zu Tarif Vision B-N.

Gültig ab 03/2009

Wichtiger Hinweis

Im Tarif Vision B-N enthaltene Leistungsgrenzen gelten auch in diesem Tarif.

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

Tarife BN4-N Beihilfeergänzungstarif Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III : Beihilfeergänzungstarif für Versicherte im Tarif VisB-N

Tarif	<p>Diese Tarife können nur zusammen mit Tarif VisB-N vereinbart werden:</p> <p>BN4 20-N mit VisB 20-N</p> <p>BN4 30-N mit VisB 30-N</p> <p>BN4 50-N mit VisB 50-NT</p> <p>Für die Versicherung im Tarif BN 4-N gelten auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif VisB-N.</p>
A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall nach Anrechnung eventueller Ansprüche aus der jeweils geltenden Beihilfeverordnung und von Versicherungsleistungen aus dem Tarif VisB-N verbleibende Aufwendungen für</p> <p>a) Leistungen der Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des geltenden Gebührenverzeichnisses (GebüH);</p> <p>b) Hilfsmittel – einschließlich Sehhilfen und Hörgeräte – im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifs VisB-N;</p> <p>c) Heilbehandlung im Ausland im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-N;</p> <p>d) Rücktransport/Überführungskosten</p> <p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden im tariflichen Rahmen die Aufwendungen die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet. Aufwendungen für unmittelbare Überführungskosten beim Tod der versicherten Person im Ausland werden, bei Überführung an den ständigen Wohnsitz, bis zu 10.000,00 Euro ersetzt. Bestattungskosten im Ausland werden, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären – höchstens jedoch bis 5.000,00 Euro – erstattet.</p>
B Selbstbeteiligung	In der jeweils geltenden Beihilfeverordnung vorgesehene Selbstbeteiligungen (Abzugsbeträge bei den beihilfefähigen Aufwendungen) sind nicht erstattungsfähig.
C Aufnahmefähigkeit	Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familien angehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.
D Ende des Ergänzungstarifs	Endet die Versicherung im Tarif VisB-N, endet gleichzeitig die Ergänzungsversicherung in diesem Tarif.
E Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <p>a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.</p> <p>b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.</p> <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Ausbildung endet,</p> <p>b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),</p> <p>c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,</p> <p>d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p> <p>Der Versicherer wird den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen AVB weiter führen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
F Beitragsanpassung	Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8 (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8 b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD sowie des Tarifblatts (Teil III der AVB) zu Tarif Vision B-N.

Gültig ab 03/2009

Wichtiger Hinweis

Im Tarif Vision B-N enthaltene Leistungsgrenzen gelten auch in diesem Tarif.

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

Tarifgruppe B-N: Tarif BS 15-70-N für ambulante Heilbehandlung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III : ambulanter Krankheitskostentarif für Beihilfeberechtigte

Tarife	<p>Erstattungssatz</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BS 70-N</td><td style="text-align: right;">70%</td></tr> <tr><td>BS 65-N</td><td style="text-align: right;">65%</td></tr> <tr><td>BS 60-N</td><td style="text-align: right;">60%</td></tr> <tr><td>BS 55-N</td><td style="text-align: right;">55%</td></tr> <tr><td>BS 50-N</td><td style="text-align: right;">50%</td></tr> <tr><td>BS 50-NT</td><td style="text-align: right;">50%</td></tr> <tr><td>BS 45-N</td><td style="text-align: right;">45%</td></tr> <tr><td>BS 40-N</td><td style="text-align: right;">40%</td></tr> <tr><td>BS 35-N</td><td style="text-align: right;">35%</td></tr> <tr><td>BS 30-N</td><td style="text-align: right;">30%</td></tr> <tr><td>BS 25-N</td><td style="text-align: right;">25%</td></tr> <tr><td>BS 20-N</td><td style="text-align: right;">20%</td></tr> <tr><td>BS 15-N</td><td style="text-align: right;">15%</td></tr> </table>	BS 70-N	70%	BS 65-N	65%	BS 60-N	60%	BS 55-N	55%	BS 50-N	50%	BS 50-NT	50%	BS 45-N	45%	BS 40-N	40%	BS 35-N	35%	BS 30-N	30%	BS 25-N	25%	BS 20-N	20%	BS 15-N	15%
BS 70-N	70%																										
BS 65-N	65%																										
BS 60-N	60%																										
BS 55-N	55%																										
BS 50-N	50%																										
BS 50-NT	50%																										
BS 45-N	45%																										
BS 40-N	40%																										
BS 35-N	35%																										
BS 30-N	30%																										
BS 25-N	25%																										
BS 20-N	20%																										
BS 15-N	15%																										
A Leistungen des Versicherers	Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend den jeweiligen versicherten Prozentsätzen (s.o.).																										
B Erstattungsfähige Aufwendungen	<p>Von den erstattungsfähigen Aufwendungen zahlt der Versicherer</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <ul style="list-style-type: none"> • für ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie – einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmittel; • der Leistungen von Heilpraktikern. <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>für die erste bis zur 30. Therapiesitzung und</p> <p style="text-align: center;">80% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>ab der 31. Therapiesitzung erstattet.</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>werden für Hilfsmittel – außer Sehhilfen – gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD – sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt, erstattet. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 80% des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf</p> <p style="text-align: center;">80% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; • Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD; • Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostomaartikel, Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenstock und Blindenhund, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte; • Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Erstattungsfähigen Aufwendungen Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p>Für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) erstattet der Versicherer innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe wie folgt:</p> <p>a) für Einstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 Euro und bei stärker Fehlsichtigkeit bis 600,00 Euro gezahlt,</p> <p>b) für Mehrstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 700,00 Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000,00 Euro gezahlt.</p> <p>Vom Arzt in Rechnung gestelltes Wegegeld für die Entfernung bis zum nächst erreichbaren, für die Art der Behandlung zuständigen Arzt sowie der Transportkosten zu oder von der nächst erreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Der Versicherer erstattet auch für alle übrigen in den AVB (Teil I und II) enthaltenen Leistungen entsprechend dem versicherten Prozentsatz.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p>																										
C Gebührenordnung	Es gelten die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung. In Erweiterung von Nr. 10 TB ÖD „Gebührenordnung“ werden darüber hinausgehende Mehrkosten im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der Gebührenordnung abgerechnet wurde.																										

<p>D Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.</p>
<p>E Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte</p>	<p>Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100% der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt. Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt.</p> <p>Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten seit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt, • für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und • der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p> <p>Die Versicherung in Tarif BS 50-NT wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif BS 30-N umgestellt. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.</p>
<p>F Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung</p>	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. b) in Berufsausbildung stehende und studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Ausbildung endet, b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt, d) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen AVB weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht. Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>G Umwandlungsoption</p>	<p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die Umstellung in einen bestehenden Tarif mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Weitere Voraussetzungen dieser Option ist, dass in der gewünschten beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Die Option ermöglicht im Rahmen einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung auch den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. die Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist. Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p>

G Fortsetzung

Diese Option gilt **nicht**

- a) für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder
- b) sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt.

2. Ereignisse für die Inanspruchnahme der Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung
Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:

- a) Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit;
- b) Einmalig bei Eheschließung der Versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.
- c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person – allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag;
- d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);
- e) Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe;
- f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.

Die Umwandlungsoption f) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kinder-nachversicherung versichert wurden.

3. Frist zur Wahrnehmung der Option

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

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

H Bonifikation

1. Beitragsrückerstattung

Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.

2. Verhaltensbonus

Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.

3. Auszahlung

Die Bonifikationen werden ausgezahlt.

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

Gültig ab 03/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

**Tarifgruppe B-N: Tarif BSG 15-70-N für ambulante Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung**

Teil III: ambulanter Krankheitskostentarif für Beihilfeberechtigte

<p>Tarife</p>	<p>Erstattungssatz</p> <table border="0"> <tr><td>BSG 70-N</td><td>70%</td></tr> <tr><td>BSG 65-N</td><td>65%</td></tr> <tr><td>BSG 60-N</td><td>60%</td></tr> <tr><td>BSG 55-N</td><td>55%</td></tr> <tr><td>BSG 50-N</td><td>50%</td></tr> <tr><td>BSG 50-NT</td><td>50%</td></tr> <tr><td>BSG 45-N</td><td>45%</td></tr> <tr><td>BSG 40-N</td><td>40%</td></tr> <tr><td>BSG 35-N</td><td>35%</td></tr> <tr><td>BSG 30-N</td><td>30%</td></tr> <tr><td>BSG 25-N</td><td>25%</td></tr> <tr><td>BSG 20-N</td><td>20%</td></tr> <tr><td>BSG 15-N</td><td>15%</td></tr> </table>	BSG 70-N	70%	BSG 65-N	65%	BSG 60-N	60%	BSG 55-N	55%	BSG 50-N	50%	BSG 50-NT	50%	BSG 45-N	45%	BSG 40-N	40%	BSG 35-N	35%	BSG 30-N	30%	BSG 25-N	25%	BSG 20-N	20%	BSG 15-N	15%																
BSG 70-N	70%																																										
BSG 65-N	65%																																										
BSG 60-N	60%																																										
BSG 55-N	55%																																										
BSG 50-N	50%																																										
BSG 50-NT	50%																																										
BSG 45-N	45%																																										
BSG 40-N	40%																																										
BSG 35-N	35%																																										
BSG 30-N	30%																																										
BSG 25-N	25%																																										
BSG 20-N	20%																																										
BSG 15-N	15%																																										
<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p>Die tarifliche Leistung wird je versicherte Person und je Kalenderjahr um eine Selbstbeteiligung gekürzt. Die Selbstbeteiligung beträgt:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>In den Tarifen</th> <th>für Jugendliche und Erwachsene</th> <th>für versicherte Kinder bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahres vollendet wird</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BSG 70-N</td><td>385,00</td><td>192,50</td></tr> <tr><td>BSG 65-N</td><td>357,50</td><td>178,75</td></tr> <tr><td>BSG 60-N</td><td>330,00</td><td>165,00</td></tr> <tr><td>BSG 55-N</td><td>302,50</td><td>151,25</td></tr> <tr><td>BSG 50-N</td><td>275,00</td><td>137,50</td></tr> <tr><td>BSG 50-NT</td><td>275,00</td><td>137,50</td></tr> <tr><td>BSG 45-N</td><td>247,50</td><td>123,75</td></tr> <tr><td>BSG 40-N</td><td>220,00</td><td>110,00</td></tr> <tr><td>BSG 35-N</td><td>192,50</td><td>96,25</td></tr> <tr><td>BSG 30-N</td><td>165,00</td><td>82,50</td></tr> <tr><td>BSG 25-N</td><td>137,50</td><td>68,75</td></tr> <tr><td>BSG 20-N</td><td>110,00</td><td>55,00</td></tr> <tr><td>BSG 15-N</td><td>82,50</td><td>41,25</td></tr> </tbody> </table> <p>Besteht über den Tarif BSG-N hinaus eine Ergänzungsversicherung (Tarife BN1-N, BN2-N), ist die in den Tarifen BSG-N vereinbarte Selbstbeteiligung im Rahmen der Ergänzungsversicherung nicht erstattungsfähig.</p>	In den Tarifen	für Jugendliche und Erwachsene	für versicherte Kinder bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahres vollendet wird	BSG 70-N	385,00	192,50	BSG 65-N	357,50	178,75	BSG 60-N	330,00	165,00	BSG 55-N	302,50	151,25	BSG 50-N	275,00	137,50	BSG 50-NT	275,00	137,50	BSG 45-N	247,50	123,75	BSG 40-N	220,00	110,00	BSG 35-N	192,50	96,25	BSG 30-N	165,00	82,50	BSG 25-N	137,50	68,75	BSG 20-N	110,00	55,00	BSG 15-N	82,50	41,25
In den Tarifen	für Jugendliche und Erwachsene	für versicherte Kinder bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahres vollendet wird																																									
BSG 70-N	385,00	192,50																																									
BSG 65-N	357,50	178,75																																									
BSG 60-N	330,00	165,00																																									
BSG 55-N	302,50	151,25																																									
BSG 50-N	275,00	137,50																																									
BSG 50-NT	275,00	137,50																																									
BSG 45-N	247,50	123,75																																									
BSG 40-N	220,00	110,00																																									
BSG 35-N	192,50	96,25																																									
BSG 30-N	165,00	82,50																																									
BSG 25-N	137,50	68,75																																									
BSG 20-N	110,00	55,00																																									
BSG 15-N	82,50	41,25																																									
<p>B Erstattungsfähige Aufwendungen</p>	<p>Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend den jeweiligen versicherten Prozentsätzen (s.o.).</p> <p>Von den erstattungsfähigen Aufwendungen zahlt der Versicherer</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <ul style="list-style-type: none"> • für ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie – einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmittel; • der Leistungen von Heilpraktikern. <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>für die erste bis zur 30. Therapiesitzung und 80% des versicherten Prozentsatzes ab der 31. Therapiesitzung erstattet.</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>werden für Hilfsmittel – außer Sehhilfen – gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD – sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt – erstattet. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p style="text-align: center;">80% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p>																																										

<p>B Fortsetzung</p>	<p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; • Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD; • Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostomaartikel, Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenstock und Blindenhund, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte; • Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p>Für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) erstattet der Versicherer innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe wie folgt:</p> <p>a) Für Einstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 Euro und bei stärker Fehlsichtigkeit bis 600,00 Euro gezahlt,</p> <p>b) Für Mehrstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 700,00 Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000,00 Euro gezahlt.</p> <p>Vom Arzt in Rechnung gestelltes Wegegeld für die Entfernung bis zum nächst erreichbaren, für die Art der Behandlung zuständigen Arzt sowie der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Der Versicherer erstattet auch für alle übrigen in den AVB (Teil I und II) enthaltenen Leistungen entsprechend dem versicherten Prozentsatz.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p>
<p>C Selbstbeteiligung</p>	<p>Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p>
<p>D Gebührenordnung</p>	<p>Es gelten die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung. In Erweiterung von Nr. 10 TB ÖD „Gebührenordnung“ werden darüber hinausgehende Mehrkosten im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der Gebührenordnung abgerechnet wurde.</p>
<p>E Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.</p>
<p>F Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte</p>	<p>Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100% der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt.</p> <p>Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt.</p> <p>Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt, • für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und • der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. <p>Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p> <p>Die Versicherung in Tarif BSG 50-NT wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif BSG 30-N umgestellt. Die bisher erworbenen Rechte und die Altersrückstellung werden angerechnet.</p>
<p>G Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung</p>	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <p>a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.</p> <p>b) in Berufsausbildung stehende und studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.</p> <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Ausbildung endet,</p> <p>b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),</p> <p>c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,</p> <p>d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p>

<p>G Fortsetzung</p>	<p>Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen AVB weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherte den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>H Umwandlungsoption</p>	<p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option zu den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen Tarif mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden. Weitere Voraussetzungen dieser Option sind, dass in der gewünschten beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Die Option ermöglicht im Rahmen einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung auch den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. die Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes:</p> <p>Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen. Diese Option gilt nicht</p> <p>a) für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder</p> <p>b) sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt.</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme der Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit;</p> <p>b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person – allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag;</p> <p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);</p> <p>e) Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe;</p> <p>f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption f) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kinder nachversicherung versichert wurden.</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>I Bonifikation</p>	<p>1. Beitragsrückerstattung</p> <p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>2. Verhaltensbonus</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus).</p> <p>Art, Umfang und Voraussetzungen der Bonifikationen werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>3. Auszahlung</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt</p>

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

Gültig ab 12/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

Tarifgruppe B-N: Tarif B3 15-70-N für stationäre Heilbehandlung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld- Versicherung

Teil III : stationärer Krankheitskostentarif für Beihilfeberechtigte

Tarife	<p>Erstattungsfähiger Prozentsatz</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>B3 70-N</td><td style="text-align: right;">70%</td></tr> <tr><td>B3 65-N</td><td style="text-align: right;">65%</td></tr> <tr><td>B3 60-N</td><td style="text-align: right;">60%</td></tr> <tr><td>B3 55-N</td><td style="text-align: right;">55%</td></tr> <tr><td>B3 50-N</td><td style="text-align: right;">50%</td></tr> <tr><td>B3 50-NT</td><td style="text-align: right;">50%</td></tr> <tr><td>B3 45-N</td><td style="text-align: right;">45%</td></tr> <tr><td>B3 40-N</td><td style="text-align: right;">40%</td></tr> <tr><td>B3 35-N</td><td style="text-align: right;">35%</td></tr> <tr><td>B3 30-N</td><td style="text-align: right;">30%</td></tr> <tr><td>B3 25-N</td><td style="text-align: right;">25%</td></tr> <tr><td>B3 20-N</td><td style="text-align: right;">20%</td></tr> <tr><td>B3 15-N</td><td style="text-align: right;">15%</td></tr> </table>	B3 70-N	70%	B3 65-N	65%	B3 60-N	60%	B3 55-N	55%	B3 50-N	50%	B3 50-NT	50%	B3 45-N	45%	B3 40-N	40%	B3 35-N	35%	B3 30-N	30%	B3 25-N	25%	B3 20-N	20%	B3 15-N	15%
B3 70-N	70%																										
B3 65-N	65%																										
B3 60-N	60%																										
B3 55-N	55%																										
B3 50-N	50%																										
B3 50-NT	50%																										
B3 45-N	45%																										
B3 40-N	40%																										
B3 35-N	35%																										
B3 30-N	30%																										
B3 25-N	25%																										
B3 20-N	20%																										
B3 15-N	15%																										
A Leistungen des Versicherers	Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung entsprechend den jeweiligen versicherten Prozentsätzen.																										
B Erstattungsfähige Aufwendungen	<p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Belegarztkosten, Krankenhausnebenkosten, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Sind Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, werden die Kosten für Allgemeine Krankenhausleistungen sowie der belegärztlichen Behandlung und Leistungen von Beleghebammen und – Entbindungshelfern erstattet, aber keine Wahlleistungen gemäß § 22 BpflV, § 17 KHEntgG. Aufwendungen für die Allgemeinen Krankenhausleistungen sind die Fallpauschalen, Sonderentgelte und tagesgleiche Pflegesätze. Sind Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet, werden die Kosten der III. bzw. der Allgemeinen (Mehrbettzimmer) Pflegeklasse der Erstattung zu Grunde gelegt. Bei Benutzung einer höheren als der versicherten Pflegeklasse werden nur die Kosten der versicherten Pflegeklasse für die Erstattung zu Grunde gelegt.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegefachkräfte, mit denen die Pflegeklassen entsprechende Versorgungsverträge geschlossen haben, wenn durch die häusliche Krankenpflege die stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird und kein Anspruch auf Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung wegen dauernder Pflegebedürftigkeit besteht. Erstattungsfähig sind für häusliche Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung Vergütungen bis max. 50,00 Euro täglich für höchstens 14 Tage je Behandlungsfall.</p> <p style="text-align: center;">100% des versicherten Prozentsatzes</p> <p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden die Aufwendungen die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Andernfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.</p> <p>Der Versicherer erstattet auch für alle übrigen in den AVB (Teil I und II) enthaltenen Leistungen entsprechend dem versicherten Prozentsatz.</p> <p>Serviceleistung: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>																										
C Aufnahmefähigkeit	Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.																										
D Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte	Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100 % der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt. Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten seit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.																										

<p>D Fortsetzung</p>	<p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt,- für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und • der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p> <p>Die Versicherung in Tarif B3 50-NT wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif B3 30-N umgestellt. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.</p>
<p>E Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung</p>	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Ausbildung endet, b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt, d) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p> <p>Der Versicherer wird den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen AVB weiter führen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht. Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>F Umwandlungsoption</p>	<p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die Umstellung in einen bestehenden Tarif mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Weitere Voraussetzungen dieser Option ist, dass in der gewünschten beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Die Option ermöglicht im Rahmen einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung auch den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. die Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist. Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Diese Option gilt nicht</p> <ol style="list-style-type: none"> a) für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder b) sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100% liegt. <p>2. Ereignisse für Inanspruchnahme der Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Erste Verbeamtung auf Probe bzw. Erste Verbeamtung auf Zeit; b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines eigenen Kindes durch die versicherte Person allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag; d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind); e) Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe; f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand

F Fortsetzung
G Bonifikation

<p>3. Frist zur Wahrnehmung der Option</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) in allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten. Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Bonifikationen werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt. Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>

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

Gültig ab 03/2010

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
<p>Aufwendungen für ambulante Operationen im Krankenhaus, sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen und Kieferorthopädie sind, auch im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, nicht Gegenstand dieser Tarife.</p> <ul style="list-style-type: none"> • z. B. privatärztliche Behandlung • z. B. Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer

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

Tarif: BW2-N für stationäre Wahlleistungen (2-Bett-Zimmer und wahlärztliche Leistungen) Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Stationärer Wahlleistungstarif für Beihilfeberechtigte

Tarife	<p>Erstattungssatz</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BW2 00-N</td><td style="text-align: right;">100%</td></tr> <tr><td>BW2 70-N</td><td style="text-align: right;">70%</td></tr> <tr><td>BW2 65-N</td><td style="text-align: right;">65%</td></tr> <tr><td>BW2 60-N</td><td style="text-align: right;">60%</td></tr> <tr><td>BW2 55-N</td><td style="text-align: right;">55%</td></tr> <tr><td>BW2 50-N, BW2 50-NT</td><td style="text-align: right;">50%</td></tr> <tr><td>BW2 45-N</td><td style="text-align: right;">45%</td></tr> <tr><td>BW2 40-N</td><td style="text-align: right;">40%</td></tr> <tr><td>BW2 35-N</td><td style="text-align: right;">35%</td></tr> <tr><td>BW2 30-N</td><td style="text-align: right;">30%</td></tr> <tr><td>BW2 25-N</td><td style="text-align: right;">25%</td></tr> <tr><td>BW2 20-N</td><td style="text-align: right;">20%</td></tr> <tr><td>BW2 15-N</td><td style="text-align: right;">15%</td></tr> </table>	BW2 00-N	100%	BW2 70-N	70%	BW2 65-N	65%	BW2 60-N	60%	BW2 55-N	55%	BW2 50-N, BW2 50-NT	50%	BW2 45-N	45%	BW2 40-N	40%	BW2 35-N	35%	BW2 30-N	30%	BW2 25-N	25%	BW2 20-N	20%	BW2 15-N	15%																														
BW2 00-N	100%																																																								
BW2 70-N	70%																																																								
BW2 65-N	65%																																																								
BW2 60-N	60%																																																								
BW2 55-N	55%																																																								
BW2 50-N, BW2 50-NT	50%																																																								
BW2 45-N	45%																																																								
BW2 40-N	40%																																																								
BW2 35-N	35%																																																								
BW2 30-N	30%																																																								
BW2 25-N	25%																																																								
BW2 20-N	20%																																																								
BW2 15-N	15%																																																								
A Leistungen des Versicherers	Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend dem jeweiligen versicherten Prozentsatz.																																																								
B Erstattungsfähige Aufwendungen	<p>Der Versicherer erstattet in diesem Tarif im Versicherungsfall die Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß §§ 22 BpflV 95, 17 KHEntgG),</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ ÖD werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet wurde. Der Versicherer erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten.</p> <p>a) Sind Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, werden die Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß §§ 22 BpflV, 17 KHEntgG), erstattet.</p> <p>Werden die gesondert berechenbare Unterkunft und/oder gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen nicht im vereinbarten Umfang in Anspruch genommen, so wird neben der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt.</p> <p>Dies gilt nicht bei vor- und nachstationärer Behandlung. Wird eine Unterbringung gewählt (Wahlleistung), die über die tariflich vereinbarte Leistung hinausgeht, erstattet der Versicherer die Kosten, die bei einer dem Tarif entsprechenden Unterkunft zu erstatten wären. Z. B. bei bestehendem Tarif BW2 und Wahl eines Einbettzimmers, die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen und die für ein Zweibettzimmer gesondert berechenbaren Kosten.</p> <p>b) Sind Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, werden der Erstattung folgende Kosten zu Grunde gelegt: Die II. Pflegeklasse, d. h. die Differenz zwischen den Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Zusatzkosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei Benutzung einer höheren als der versicherten Pflegeklasse werden nur die Kosten der versicherten Pflegeklasse für die Erstattung zu Grunde gelegt. Bei Benutzung einer niedrigeren als der versicherten Pflegeklasse wird neben der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Dies gilt nicht bei vor- und nachstationärer Behandlung.</p>																																																								
Ersatzleistung: Krankenhaustagegeld	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Vers. Tarif</th> <th style="text-align: left;">Unterkunft</th> <th style="text-align: left;">Wahlärztliche Leistung</th> <th style="text-align: left;">Bei Verzicht: Annahme III. Pflegeklasse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BW 2 00-N</td><td>24,00 EUR</td><td>20,00 EUR</td><td>44,00 EUR</td></tr> <tr><td>70-N</td><td>16,80 EUR</td><td>14,00 EUR</td><td>30,80 EUR</td></tr> <tr><td>65-N</td><td>15,60 EUR</td><td>13,00 EUR</td><td>28,60 EUR</td></tr> <tr><td>60-N</td><td>14,40 EUR</td><td>12,00 EUR</td><td>26,40 EUR</td></tr> <tr><td>55-N</td><td>13,20 EUR</td><td>11,00 EUR</td><td>24,20 EUR</td></tr> <tr><td>50-N, 50-NT</td><td>12,00 EUR</td><td>10,00 EUR</td><td>22,00 EUR</td></tr> <tr><td>45-N</td><td>10,80 EUR</td><td>9,00 EUR</td><td>19,80 EUR</td></tr> <tr><td>40-N</td><td>9,60 EUR</td><td>8,00 EUR</td><td>17,60 EUR</td></tr> <tr><td>35-N</td><td>8,40 EUR</td><td>7,00 EUR</td><td>15,40 EUR</td></tr> <tr><td>30-N</td><td>7,20 EUR</td><td>6,00 EUR</td><td>13,20 EUR</td></tr> <tr><td>25-N</td><td>6,00 EUR</td><td>5,00 EUR</td><td>11,00 EUR</td></tr> <tr><td>20-N</td><td>4,80 EUR</td><td>4,00 EUR</td><td>8,80 EUR</td></tr> <tr><td>15-N</td><td>3,60 EUR</td><td>3,00 EUR</td><td>6,60 EUR</td></tr> </tbody> </table>	Vers. Tarif	Unterkunft	Wahlärztliche Leistung	Bei Verzicht: Annahme III. Pflegeklasse	BW 2 00-N	24,00 EUR	20,00 EUR	44,00 EUR	70-N	16,80 EUR	14,00 EUR	30,80 EUR	65-N	15,60 EUR	13,00 EUR	28,60 EUR	60-N	14,40 EUR	12,00 EUR	26,40 EUR	55-N	13,20 EUR	11,00 EUR	24,20 EUR	50-N, 50-NT	12,00 EUR	10,00 EUR	22,00 EUR	45-N	10,80 EUR	9,00 EUR	19,80 EUR	40-N	9,60 EUR	8,00 EUR	17,60 EUR	35-N	8,40 EUR	7,00 EUR	15,40 EUR	30-N	7,20 EUR	6,00 EUR	13,20 EUR	25-N	6,00 EUR	5,00 EUR	11,00 EUR	20-N	4,80 EUR	4,00 EUR	8,80 EUR	15-N	3,60 EUR	3,00 EUR	6,60 EUR
Vers. Tarif	Unterkunft	Wahlärztliche Leistung	Bei Verzicht: Annahme III. Pflegeklasse																																																						
BW 2 00-N	24,00 EUR	20,00 EUR	44,00 EUR																																																						
70-N	16,80 EUR	14,00 EUR	30,80 EUR																																																						
65-N	15,60 EUR	13,00 EUR	28,60 EUR																																																						
60-N	14,40 EUR	12,00 EUR	26,40 EUR																																																						
55-N	13,20 EUR	11,00 EUR	24,20 EUR																																																						
50-N, 50-NT	12,00 EUR	10,00 EUR	22,00 EUR																																																						
45-N	10,80 EUR	9,00 EUR	19,80 EUR																																																						
40-N	9,60 EUR	8,00 EUR	17,60 EUR																																																						
35-N	8,40 EUR	7,00 EUR	15,40 EUR																																																						
30-N	7,20 EUR	6,00 EUR	13,20 EUR																																																						
25-N	6,00 EUR	5,00 EUR	11,00 EUR																																																						
20-N	4,80 EUR	4,00 EUR	8,80 EUR																																																						
15-N	3,60 EUR	3,00 EUR	6,60 EUR																																																						
C Nachweise	Die Rechnungsbelege müssen, sofern keine Kostenerstattung durch Dritte vorausging, in Urschrift eingereicht werden; im anderen Falle genügt in Abweichung zu Nr. Nachweise 20 TB 2009 ÖD die Vorlage von Duplikaten, auf denen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt sein müssen.																																																								

<p>D Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Aufnahmefähigkeit Dienstes. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.</p>
<p>E Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte</p>	<p>Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person in der Regel nicht mehr als 100% der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. Des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt.</p> <p>Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten seit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung enden Tarife.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt, • für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und • der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.</p> <p>Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p> <p>Die Versicherung in Tarif BW2 50-NT wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif BW2 30-N umgestellt. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.</p>
<p>F Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung</p>	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. b) in Berufsausbildung stehende und studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Ausbildung endet, b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt, d) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversichert entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p> <p>Wir werden den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen AVB weiter führen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, werden wir den Versicherungsschutz auf Ihren Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter).</p> <p>Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen. 5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>

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

Gültig ab 01/2009

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

Tarifgruppe B-N: Tarif BWE-N für die Differenzkosten Einbett- und Zweibettzimmer Allgemein Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld- Versicherung

Teil III : Differenzkosten Einbett- und Zweibettzimmer

A Leistungen	<p>1. Differenzkosten</p> <p>Der Versicherer erstattet in dem Tarif BWE-N die Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für eine Unterkunft im Einbett- und im Zweibettzimmer. Sind Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, werden die Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer und dem für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer erstattet. Sind Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, werden der Erstattung folgende Kosten zu Grunde gelegt:</p> <p>Die Differenzkosten zwischen I. und II. Pflegeklasse, i.d.R. die Mehrkosten für die Unterbringung im Einbettzimmer gegenüber der Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei Benutzung einer höheren als der versicherten Pflegeklasse werden nur die Kosten der versicherten Pflegeklasse für die Erstattung zu Grunde gelegt.</p> <p>2. Ersatzleistung Krankenhaustagegeld</p> <p>Bei Nichtinanspruchnahme der versicherten Leistungen, also der Wahl eines Zweibettzimmers oder Mehrbettzimmers, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25,00 Euro gezahlt.</p>
B Aufnahmefähigkeit	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.</p>
C Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung:	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <p>a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.</p> <p>b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.</p> <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Ausbildung endet,</p> <p>b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),</p> <p>c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,</p> <p>d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt. Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>

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

Gültig ab 01./2009

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

**Tarifgruppe B-N: Tarif BZ 15-70-N für zahnärztliche Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung**

Teil III : Krankheitskostentarif für Beihilfeberechtigte

<p>Tarif</p>	<p>BZ 15-70-N</p>																																																				
<p>Tarif und Erstattungssätze</p>	<p>Erstattungssätze in %</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tarif</th> <th>Zahnbehandlung</th> <th>Zahnersatz</th> <th>Zahn- und Kieferregulierung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BZ 70-N</td><td>70</td><td>70</td><td>70</td></tr> <tr><td>BZ 65-N</td><td>65</td><td>65</td><td>65</td></tr> <tr><td>BZ 60-N</td><td>60</td><td>60</td><td>60</td></tr> <tr><td>BZ 55-N</td><td>55</td><td>55</td><td>55</td></tr> <tr><td>BZ 50-N</td><td>50</td><td>50</td><td>50</td></tr> <tr><td>BZ 45-N</td><td>45</td><td>45</td><td>45</td></tr> <tr><td>BZ 40-N</td><td>40</td><td>40</td><td>40</td></tr> <tr><td>BZ 35-N</td><td>35</td><td>35</td><td>35</td></tr> <tr><td>BZ 30-N</td><td>30</td><td>30</td><td>30</td></tr> <tr><td>BZ 25-N</td><td>25</td><td>25</td><td>25</td></tr> <tr><td>BZ 20-N</td><td>20</td><td>20</td><td>20</td></tr> <tr><td>BZ 15-N</td><td>15</td><td>15</td><td>15</td></tr> </tbody> </table> <p>Der Tarif BZ-N darf keinen höheren Erstattungssatz vorsehen als der gleichzeitig versicherte Tarif für ambulante Heilbehandlungen, ggf. erfolgt eine Umstufung in den entsprechenden Tarif BZ-N.</p>	Tarif	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Zahn- und Kieferregulierung	BZ 70-N	70	70	70	BZ 65-N	65	65	65	BZ 60-N	60	60	60	BZ 55-N	55	55	55	BZ 50-N	50	50	50	BZ 45-N	45	45	45	BZ 40-N	40	40	40	BZ 35-N	35	35	35	BZ 30-N	30	30	30	BZ 25-N	25	25	25	BZ 20-N	20	20	20	BZ 15-N	15	15	15
Tarif	Zahnbehandlung	Zahnersatz	Zahn- und Kieferregulierung																																																		
BZ 70-N	70	70	70																																																		
BZ 65-N	65	65	65																																																		
BZ 60-N	60	60	60																																																		
BZ 55-N	55	55	55																																																		
BZ 50-N	50	50	50																																																		
BZ 45-N	45	45	45																																																		
BZ 40-N	40	40	40																																																		
BZ 35-N	35	35	35																																																		
BZ 30-N	30	30	30																																																		
BZ 25-N	25	25	25																																																		
BZ 20-N	20	20	20																																																		
BZ 15-N	15	15	15																																																		
<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p>Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend den jeweiligen versicherten Prozentsätzen.</p>																																																				
<p>B Erstattungsfähige Aufwendungen</p>	<p>100 % des versicherten Prozentsatzes für Zahnbehandlungen (einschl. Röntgenaufnahmen), Zahnersatz (auch Reparaturen), Zahn- und Kieferregulierungen (Kieferorthopädische Behandlung) – (auch wenn diese Leistungen von Ärzten vorgenommen werden) – sowie andere Behandlungen durch Zahnärzte, auch wenn diese im Rahmen stationärer Behandlung erfolgen. Der Versicherer erstattet die oben aufgeführten notwendigen Aufwendungen auch für ambulante zahnärztliche Behandlungen in Krankenhäusern, soweit die Kosten nach der geltenden Gebührenordnung berechnet sind. Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p>Serviceleistung: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich.</p>																																																				
<p>C Gebührenordnung</p>	<p>Es gelten die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung. In Erweiterung von Nr. 10 TB ÖD „Gebührenordnung“ werden darüber hinausgehende Mehrkosten im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der Gebührenordnung abgerechnet wurde.</p>																																																				
<p>D Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden. Dieser Tarif kann nur mit einem bestehenden oder gleichzeitig beantragten Tarif für ambulante Behandlung versichert werden. Endet der Tarif für ambulante Behandlung, endet gleichzeitig der Tarif für zahnärztliche Behandlung.</p>																																																				
<p>E Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte</p>	<p>Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100% der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt.</p> <p>Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten seit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt • für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und • der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p>																																																				

**F Besondere
Bedingungen für
Personen in der
Berufsausbildung**

1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind
 - a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.
 - b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.
 2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem
 - a) die Ausbildung endet,
 - b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),
 - c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,
 - d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.
- Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.
- Der Versicherer wird den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weiter führen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.
- Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen. 3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.
4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.
 5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.

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

Gültig ab 01/2009

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

Tarifgruppe: B-N: Tarif BN1/1-N Beihilfeergänzungstarif

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III : Beihilfeergänzungstarif für Versicherte in der Tarifgruppe B-N

A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für</p> <p>a) Leistungen der Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des geltenden Gebührenverzeichnisses,</p> <p>b) Hilfsmittel,</p> <ul style="list-style-type: none"> • im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens des Tarifs BS-N, sofern Erstattungsfähigkeit nach dem Tarif BS-N gegeben ist, • nach der gültigen Beihilfavorschrift, wenn zwar keine Erstattungsfähigkeit nach den Tarif BS-N, wohl aber Beihilfefähigkeit gegeben ist, <p>c) Heilbehandlung im Ausland im Rahmen der Erstattungsfähigkeit der Tarifgruppe B-N;</p> <p>d) gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten entsprechend der Sachkostenliste,</p> <p>e) Rücktransporte und Überführungskosten</p> <p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Andernfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet. Aufwendungen für unmittelbare Überführungskosten beim Tod der versicherten Person im Ausland werden, bei Überführung an den ständigen Wohnsitz, bis zu 10.000,00 Euro ersetzt. Bestattungskosten im Ausland werden, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären – höchstens jedoch bis 5.000,00 Euro – erstattet.</p> <p>Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.</p>
B Kur und Sanatorium	<p>Bei einer ärztlich verordneten Kur und Sanatoriumsbehandlung wird ein Tagegeld längstens für die Dauer von 30 Tagen innerhalb von 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren gezahlt. Das Tagegeld beträgt bei Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan mit Unterkunft in einem anerkannten Kur- oder Badeort 22,00 EUR, bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenhäusern (Sanatorien) 35,00 EUR.</p>
C Selbstbeteiligungen	<p>1. In der geltenden Beihilfavorschrift vorgesehene Selbstbeteiligungen des Beihilfeberechtigten sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>2. Besteht über den Tarif BSG hinaus eine Ergänzungsversicherung in diesem Tarif, ist die in den Tarifen BSG vereinbarte Selbstbeteiligung im Rahmen dieses Tarifes nicht erstattungsfähig.</p>
D Aufnahmefähigkeit	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden. Eine Aufnahme in diese Ergänzungsversicherung kann nur erfolgen, wenn gleichzeitig Tarife für ambulante und für stationäre Heilbehandlung (für Regelleistungen) sowie für zahnärztliche Behandlung der Tarifgruppe B-N bestehen oder abgeschlossen werden und deren jeweiliger Erstattungssatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100% ergibt.</p> <p>Endet einer der vorstehend bezeichneten Tarife, endet gleichzeitig die Ergänzungsversicherung. Aufnahmefähig sind Versicherte, die nach den für sie jeweils geltenden Beihilfavorschriften mehr als 40% der Kosten gesondert berechneter Material- und Laborkosten erhalten.</p>
E Beiträge	<p>Es gelten jeweils die Beiträge des Tarifs, dessen beide letzten Ziffern mit dem Erstattungsprozentsatz des gleichzeitig bestehenden Tarifs BS-N übereinstimmen.</p>
F Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte	<p>Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100% der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt.</p> <p>Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten seit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt, für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und • der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. <p>Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p>

G Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung

1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind
 - a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.
 - b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.
 2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem
 - a) die Ausbildung endet,
 - b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),
 - c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,
 - d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.
- Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.
- Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.
- Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.
3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.
 4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.
 5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.

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

Gültig ab 05/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

Tarifgruppe B-N: Tarif BN1/2-N Beihilfeergänzungstarif

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III : Beihilfeergänzungstarif für Versicherte in der Tarifgruppe B-N

A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für</p> <p>a) Leistungen der Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des geltenden Gebührenverzeichnisses,</p> <p>b) Hilfsmittel,</p> <ul style="list-style-type: none"> • im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens des Tarifs BS-N, sofern Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS-N gegeben ist, • nach der gültigen Beihilfavorschrift, wenn zwar keine Erstattungsfähigkeit nach dem Tarif BS-N, wohl aber Beihilfefähigkeit gegeben ist, <p>c) Heilbehandlung im Ausland im Rahmen der Tarifgruppe B-N;</p> <p>d) gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten entsprechend der Sachkostenliste,</p> <p>e) Rücktransporte und Überführungskosten</p> <p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden im tariflichen Rahmen die Aufwendungen die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet. Aufwendungen für unmittelbare Überführungskosten beim Tod der versicherten Person im Ausland werden, bei Überführung an den ständigen Wohnsitz, bis zu 10.000,00 Euro ersetzt. Bestattungskosten im Ausland werden, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären – höchstens jedoch bis 5.000,00 Euro – erstattet.</p> <p>Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.</p>
B Kur und Sanatorium	<p>Bei einer ärztlich verordneten Kur und Sanatoriumsbehandlung wird ein Tagegeld längstens für die Dauer von 30 Tagen innerhalb von 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren gezahlt. Das Tagegeld beträgt bei Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan mit Unterkunft in einem anerkannten Kur- oder Badeort 22,00 EUR, bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenhäusern (Sanatorien) 35,00 EUR.</p>
C Selbstbeteiligungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. In der geltenden Beihilfavorschrift vorgesehene Selbstbeteiligungen des Beihilfberechtigten sind nicht erstattungsfähig. 2. Besteht über den Tarif BSG hinaus eine Ergänzungsversicherung in diesem Tarif, ist die in den Tarifen BSG vereinbarte Selbstbeteiligung im Rahmen dieses Tarifes nicht erstattungsfähig.
D Aufnahmefähigkeit	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden. Eine Aufnahme in diese Ergänzungsversicherung kann nur erfolgen, wenn gleichzeitig Tarife für ambulante und für stationäre Heilbehandlung (für Regelleistungen) sowie für zahnärztliche Behandlung der Tarifgruppe B-N bestehen oder abgeschlossen werden und deren jeweiliger Erstattungssatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100% ergibt. Endet einer der vorstehend bezeichneten Tarife, endet gleichzeitig die Ergänzungsversicherung. Aufnahmefähig sind Versicherte, die nach den für sie jeweils geltenden Beihilfavorschriften 40% oder weniger der Kosten gesondert berechneter Material- und Laborkosten erhalten.</p>
E Beiträge	<p>Es gelten jeweils die Beiträge des Tarifs, dessen beide letzten Ziffern mit dem Erstattungsprozentsatz des gleichzeitig bestehenden Tarifs BS-N übereinstimmen.</p>
F Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte	<p>Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100% der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt.</p> <p>Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monatenseit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt, • für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und • der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. <p>Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p>

G Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung

1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind

- a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.
- b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.

2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem

- a) die Ausbildung endet,
- b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),
- c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,
- d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.

Wir werden den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.

Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.

3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter).

Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.

4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.

5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.

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

Gültig ab 05/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

**Tarifgruppe B-N: Tarif BN2-N Beihilfergängerstarif
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung**

Teil III : Beihilfergängerstarif für Versicherte in der Tarifgruppe B-N

<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p>Der Versicherer erstattet die Aufwendungen für</p> <p>a) Leistungen der Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des geltenden Gebührenverzeichnis,</p> <p>b) Hilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens der Tarife BS-N, sofern Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS-N gegeben ist, • nach der gültigen Beihilfervorschrift, wenn zwar keine Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS-N, wohl aber Beihilfefähigkeit gegeben ist, <p>c) Heilbehandlung im Ausland im Rahmen der Erstattungsfähigkeit der Tarifgruppe B-N</p> <p>d) Rücktransporte und Überführungskosten</p> <p>Bei einem Auslandsaufenthalt werden im tariflichen Rahmen die Aufwendungen die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Andernfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat. Aufwendungen für unmittelbare Überführungskosten beim Tod der versicherten Person im Ausland werden, bei Überführung an den ständigen Wohnsitz, bis zu 10.000,00 Euro ersetzt. Bestattungskosten im Ausland werden, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären – höchstens jedoch bis 5.000,00 Euro – erstattet.</p> <p>Die Aufwendungen werden erstattet, soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich-rechtlichen Beihilfervorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.</p>
<p>B Kur und Sanatorium</p>	<p>Bei einer ärztlich verordneten Kur und Sanatoriumsbehandlung wird ein Tagegeld längstens für die Dauer von 30 Tagen innerhalb von 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren gezahlt. Das Tagegeld beträgt bei Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan mit Unterkunft in einem anerkannten Kur- oder Badeort 22,00 EUR, bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenhäusern (Sanatorien) 35,00 EUR.</p>
<p>C Selbstbeteiligung</p>	<p>1. In der geltenden Beihilfervorschrift vorgesehene Selbstbeteiligungen des Beihilfeberechtigten sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>2. Besteht über den Tarif BSG hinaus eine Ergänzungsversicherung in diesem Tarif, ist die in den Tarifen BSG vereinbarte Selbstbeteiligung im Rahmen dieses Tarifes nicht erstattungsfähig.</p>
<p>D Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes mit Beihilfeanspruch. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.</p> <p>Eine Aufnahme in diese Ergänzungsversicherung kann nur erfolgen, wenn gleichzeitig Tarife für ambulante und für stationäre Heilbehandlung (für Regelleistungen) sowie für zahnärztliche Behandlung der Tarifgruppe B-N bestehen oder abgeschlossen werden und deren jeweiliger</p> <p>Erstattungssatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100% ergibt. Endet einer der vorstehend bezeichneten Tarife, endet gleichzeitig die Ergänzungsversicherung. Es ist derjenige Tarif BN 2-N auszuwählen, dessen letzte beiden Ziffern mit dem Erstattungsprozentsatz des bestehenden Tarifs BS-N übereinstimmen.</p>
<p>E Beiträge</p>	<p>Es gelten jeweils die Beiträge des Tarifs, dessen letzte beiden Ziffern mit dem Erstattungsprozentsatz des gleichzeitig bestehenden Tarifs BS-N übereinstimmen.</p>
<p>F Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte</p>	<p>Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100% der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt.</p> <p>Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten seit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt, • für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und • der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p>

G Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung

1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind
 - a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.
 - b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten.
2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem
 - a) die Ausbildung endet,
 - b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit),
 - c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt,
 - d) das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen auch für einen mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.

Der Versicherer wird den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weiter führen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.

Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.
3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.
4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.
5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.

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

Gültig ab 05/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) §§ 1-19

Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) Nr. 1-36

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,

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden – soweit sich aus § 4 MB/KK 2009 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden – bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld

Nr. 1 a Besondere Bedingungen

(1) Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) abhängig machen, insbesondere wenn

- a) das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht ist, oder
b) der Wohnsitz oder Arbeitsplatz außerhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers liegt.

(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) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

Nr. 2 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

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

Nr. 3 Vorsorgeuntersuchungen

Die in den gesetzlich eingeführten Programmen vorgesehenen Altersgrenzen für Erwachsene brauchen nicht eingehalten zu werden.

- 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 außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

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

Nr. 4 a Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Europäischen Union (EU) und dem Europäischen Wirtschaftsraum

Abweichend von § 1 Abs. 5 MBKK 2009 besteht während der ersten 6 Monate des Aufenthaltes in dem Land der EU bzw. des EWR in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrundegelegt werden.

Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versi-

cher erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB 2009). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

Nr. 4 b Weltgeltung außerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

(1) Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts besteht weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Hinsichtlich der Mehrkosten in Fällen zweckgerichteter Heilbehandlungen gilt Nr. 19 b TB 2009. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, spätestens zum ersten Werktag des dritten Monats eines Auslandsaufenthalts dem Versicherer eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen.

Versäumt der Versicherungsnehmer diese Meldung, so ist der Versicherer berechtigt, Schriftsätze und Unterlagen an die bisherige Anschrift oder an eine etwaig bekannt gewordene ausländische Anschrift zu senden oder zustellen zu lassen.

(2) Über die in Abs. (1) genannte Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB 2009).

Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(3) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 35 Abs. (1) TB entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

(4) Kein Versicherungsschutz besteht ab dem 7. Monat eines Auslandsaufenthaltes, sofern keine besondere Vereinbarung gemäß

Abs. (2) oder (3) zwischen dem Versicherten und dem Versicherer getroffen wurde.

(5) Ist es dem Versicherten, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, nicht möglich, die Verlängerung des Versicherungsschutzes gemäß Abs. (2) oder (3) fristgerecht zu beantragen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist dann unverzüglich nachzuholen.

(6) Ein gemäß Abs. (2) vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des auf den Auslandsaufenthalt folgenden Monats, wenn die versicherte Person dauerhaft nach Deutschland oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU oder des EWR zurückkehrt. Bei Rückkehr in die EU oder den EWR kann unter den in Nr. 4 Abs. 2 TB 2009 genannten Voraussetzungen erneut ein Zuschlag erhoben werden.

Nr. 5 Rücktransport/Überführung aus dem Ausland

(1) Bei einem Auslandsaufenthalt werden im Rahmen der tariflichen Leistungen für Krankheitskostentarife auch die Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit die Reismehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet.

(2) Sofern in einem Tarif Kostenerstattung für medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus vorgesehen ist, werden auch Überführungskosten bis zu 5.200,- Euro in das Heimatland erstattet.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Altersrückstellung) 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. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 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 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 Eltern-

teil 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 und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Nr. 6 a Kindernachversicherung

Sind beide Elternteile gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltstufe vorhanden ist.

Nr. 6 b Wegfall der Vorversicherungszeit eines Elternteils beim Versicherer (Frühgeburtregelung)

Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Nr. 6 c Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherer versichert das Neugeborene wie geboren.

(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 einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung 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 aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

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

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

Nr. 7 Wartezeitverzicht

(1) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung aller Wartezeiten.

Nr. 8 entfällt

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

Nr. 9 Heilbehandler

(1) Als Heilbehandler gelten auch freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger sowie Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil bzw. Heilhilfsberufe).

(2) Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

(3) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Nr. 10 Gebührenordnungen

Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Hebammen sowie Gebührenverzeichnissen für Heilpraktiker aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind. Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, es sei denn, der Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.

Nr. 10 a Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

(1) Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste des versicherten Tarifes genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

(2) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10% von

den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen.

Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 10 b Behandlung im Ausland

Die Nummern 10 und 10 a TB gelten nicht für Behandlungen im Ausland. Zugrundegelegt werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

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

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte

Nr. 11 Definitionen

(1) Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekanntgegeben wird, Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

(2) Als Heilmittel gelten die Anwendungen der physikalischen Medizin (z. B. Krankengymnastik, Massagen und Bäder), Ergotherapie und Logopädie.

Die Erstattung von Heilmittelkosten richtet sich nach den in der Heilmittelliste genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die nachfolgend aufgezählten:

1. Sehhilfen, elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450,- Euro brutto), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1450,- Euro brutto pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;

2. Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 37,- Euro an), orthopädische Schurzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist;

3. Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 400,- Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;

4. Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, enterale Ernährung und Zubehör;

5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;

6. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzuckermessgeräte, Blutzuckermessgeräte;

7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergiker-Bettwäsche

(= Encasings, bis max. 200,- Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung – nicht aber der Unterhalt – eines Blindenhundes.

Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherer berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, die genannten Geldbeträge anzupassen.

(4) Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der „Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes“ empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer privaten Auslandsreise angeraten sind/durchgeführt werden.

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.

Nr. 12 Leistungshöchstgrenzen

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Höhe des erstattungsfähigen Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten.

(3) Der Versicherer verzichtet bei Krankenhausaufenthalten im Ausland auf die Anwendung von Abs. (2) Nr. 1 TB 2009 bleibt unberührt.

Nr. 13 Besondere Unterbringungsformen

(1) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaus-tagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

(2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

(3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 13 a Vor- und Nachuntersuchung

Der Versicherer leistet im Rahmen einer stationären Behandlung für je eine medizinisch notwendige ambulante Vor- und Nachuntersuchung.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 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.

Nr. 13 b Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

(1) Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn

- es sich um eine Notfallweisung handelte oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war.

(2) Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung. Die Kosten werden bei den unten aufgeführten Diagnosen ebenfalls ohne vorherige schriftliche Leistungszusage im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt, wobei der Entlassungstag bei der Berechnung der Frist nicht mitzählt:

- Herztransplantationen
- Bypassoperationen
- akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt
- Bandscheibenoperationen
- Gelenkersatzoperationen
- Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall)
- schweren Schädel-/Hirnverletzungen
- Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen

Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehabilitationsträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde.

Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt.

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

Nr. 14 Beitragsrückerstattung

(1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet.

Dies kann geschehen durch:

Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitrags-senkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

(2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Beitragsrück-erstattung teilnehmen.

Nr. 15 Leistungen bei unterjährigem Tarifbeginn bzw. -wechseln

Im ersten Versicherungsjahr beträgt der Tarifselbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjäh-rigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselfstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8 b MB/KK 2009).

§ 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 Wehrdienst-beschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 16 a Terrorereignisse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.

Nr. 16 b Wehrdienstbeschädigung

Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 geleistet.

Nr. 16 c Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in

diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

Nr. 17 Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

(1) In der Krankheitskostenvollversicherung sind für maximal 8 Wochen einer stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme 80 % der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig, sofern folgende Voraussetzungen insgesamt erfüllt sind:

- Es handelt sich um die erste Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Versicherungsbeginn in der Krankheitskostenvollversicherung;
- die Kostenübernahme wird vor Beginn der Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme beim Versicherer beantragt;
- es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung. Über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinaus werden unabhängig vom versicherten Tarif keine weiteren tariflichen Leistungen für Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen erbracht.

(2) Keine Leistungspflicht besteht in Zusatztarifen für gesetzlich Versicherte sowie in der Krankenhaustagegeldversicherung.

- c) für Behandlungen 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;

Nr. 18 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

(1) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, wird aus Tarifen mit Leistungen für stationäre Krankenhausbehandlung bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung – soweit dem Grunde nach kein Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlicher Rehabilitationsträger besteht und der Anspruch rechtzeitig und ordnungsgemäß beantragt wurde ein Kostenzuschuss gewährt, wenn der Versicherer diesen vor Beginn der Behandlung aufgrund eines ausführlichen ärztlichen Attestes schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

Die Zuschusshöhe ist abhängig vom versicherten Tarif, darf die tatsächlichen Kosten für Unterkunft und Behandlung aber nicht überschreiten. Die maximale Zuschusshöhe beträgt im Rahmen der Krankheitskostenvollversicherung bei Tarifen mit Leistungen für

- allgemeine Krankenhausbehandlung 46,02 Euro pro Tag
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer 71,58 Euro pro Tag
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer 97,15 Euro pro Tag im Rahmen der Krankheitskostenzusatzversicherung bei Tarifen mit Leistungen für
- privatärztliche Behandlung 5,11 Euro pro Tag
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer 12,78 Euro pro Tag
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer 19,43 Euro pro Tag.

Bei Tarifen, die eine prozentuale Erstattung vorsehen, entspricht der maximale Zuschuss dem entsprechenden Prozentsatz der obigen Beträge.

Werden aus einem Kostentarif obige Leistungen erbracht, so wird aus Krankenhaustagegeldtarifen maximal die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes als Kostenzuschuss gezahlt. Insgesamt werden maximal die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet.

(2) Ein Anspruch für maximal 28 Tage besteht erstmals nach einer Versicherungsdauer von 48 Monaten oder innerhalb dieses Zeitraums nach einer Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussgesundheitsmaßnahme. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens 48 Monate nach Durchführung der letzten Kur-Maßnahme.

- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretene Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 19 Kur- und Badeorte

(1) Für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gewährt.

(2) Für eine ambulante Kurbehandlung werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, physikalische Therapie und Kurtaxe tariflich erstattet.

- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

Nr. 19a Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR, (siehe hierzu Nr. 4 a TB bei Wohnsitznahme in der EU bzw. EWR), sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

(2) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. (1) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. (1) keine Anwendung.

(4) Wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt, findet Abs. (1) ebenfalls keine Anwendung.

Nr. 19b Anwendbares Recht und Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

Für Klagen von Versicherungsnehmern, die sich nicht in Deutschland aufhalten, gilt die in Nr. 36 TB 2009 geregelte Gerichtsstandsund Rechtsvereinbarung.

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

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

§ 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.

Nr. 20 Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Belege der in § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandler vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.

(3) Das Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es ist eine Bescheinigung des Krankenhauses in Urschrift einzureichen, in der Name und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

(4) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

(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.

Nr. 21 Wechselkurs

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, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

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

Nr. 22 Überweisungskosten

Kosten für eine normale Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto werden nicht von der Leistung abgezogen.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Nr. 23 Eintrittsalter

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 23 Abs. 1, Satz 2, erreicht hat.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.

(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 Sechstels 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 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

Nr. 24 Beitragsfälligkeit

(1) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(2) Bei halbjährlicher oder jährlicher Vorauszahlung des Beitrags gewährt der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto).

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes.

Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung zu entrichten. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfsbedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfsbedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

Nr. 25a

Abweichend vom folgenden § 8 Abs. 7 Satz 1 MB/KK 2009 kann der Versicherer auch bei einer der Erfüllung der Pflicht dienenden Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages gemäß § 37 VVG vom Vertrag zurücktreten.

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraus-

setzungen 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.

Nr. 25b Mahnkosten

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages 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.

Nr. 26 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer bei anderen als den in § 8 Abs. 6 MB/KK 2009 benannten Versicherung oder das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den „Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)“, auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

(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 Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Altersrückstellung 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.

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

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

Nr. 27 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor

(1) Der in § 8 b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2009 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife für die Versicherungsleistungen 10% und für die Sterbewahrscheinlichkeit 5%.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

Nr. 28 Meldung einer Krankenhausbehandlung

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.
§ 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

(2) 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.

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

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

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Ge-

brauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

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

Nr. 29 Unfall-Krankenhaustagegeld

Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2-4 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.

(2) 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 kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(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 infolge dessen keinen Ersatz von den 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.

Nr. 30 Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Jahre fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat.

Nr. 31 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

(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, nach dem 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.

Nr. 32 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(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 Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

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

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

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

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

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

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

(11) Soweit die Krankheitenversicherung 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.

(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.

Nr. 33 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht. Darüber hinaus verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auch, wenn die Krankenhaustagegeldversicherung zusammen mit der inzwischen beendeten Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abgeschlossen wurde. Das verbleibende Kündigungsrecht kann vom Versicherer nur zum Ende des 3. Versicherungsjahres ausgeübt werden.

(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. 7 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.

Nr. 34 Ehescheidungen, Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

(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.

Nr. 35 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

(1) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die versicherte Person sich mehr als sechs Monate ununterbrochen im Ausland aufhält. Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt ebenfalls vor, wenn mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate überschreiten und zwischen den einzelnen Auslandsaufenthalten ein Zusammenhang besteht.

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 MB/KK 2009 bzw. Nr. 4 Abs. (2) TB im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. (1) nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthaltes bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 4 Abs. (2) TB getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 2009.

(4) Bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland kann der Versicherte stets verlangen, das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Auslandsaufenthaltes in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Nr. 36 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Auf das Versicherungsverhältnis ist ausschließlich deutsches Recht anwendbar.

(2) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 4 a TB 2009) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen: Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht.

Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die deutschen Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen.

Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um her vorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass außer den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

All disputes between the parties hereto arising from or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law.

The venue for all disputes between the parties arising from or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz).

This forum selection clause is also provided in English to emphasize that venue in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not be appropriate in any forum in the world other than the locations set forth within this paragraph.

§ 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 des geänderten Verhältnisses angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungs-

akt 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. 2 a) Nr. 2, 2a-2c SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anlage) 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 geschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

§ 257 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999

§ 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 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 insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das Jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

- a) 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 in Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert waren.
- b) 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.
- c) 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.

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden;

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz (2) erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet. Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der

gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz (2a) Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt.

Für in Absatz (2a) Satz 2 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. (1) des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

(2c) Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes (2a) nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

Versicherungsaufsichtsgesetz § 12 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 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300,- Euro, 600,- Euro, 900,- Euro oder 1.200,- Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300,- Euro, 600,- Euro, 900,- Euro oder 1.200,- Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Gültig ab 09/2011

Tarif: KHTE-N für Krankenhaustagegeld

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Teil III: Krankenhaustagegeld-Versicherung

A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer leistet Krankenhaustagegeld bei stationärer Heilbehandlung (Krankheit, Unfall, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung) in der versicherten Höhe je Tag der Krankenhausbildung. Bei Psychotherapie wird das Krankenhaustagegeld höchstens für 30 Behandlungstage im Kalenderjahr gezahlt. Bei ärztlicher Einweisung in einen Sanitätsbereich oder eine diesem gleichstehende Einrichtung wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag eines solchen Aufenthaltes gezahlt.</p>
B Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung:	<p>Wird der Tarif KHTE-N in Verbindung mit einer Krankheitskosten- Vollversicherung für Beihilfeberechtigte zum Ausgleich von Begrenzungen der beihilfefähigen Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung abgeschlossen, so erfolgt bei Änderung der Begrenzung auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung. Bei einer dadurch bedingten Erhöhung des Krankenhaustagegeldes finden die Bedingungen für eine Tarifierhöhung zwar grundsätzlich Anwendung, jedoch werden nach dem Zeitpunkt der Anpassung die erhöhten Leistungen auch für die Versicherungsfälle ohne erneute Wartezeit und ohne einen besonderen Risikozuschlag gewährt, die nach dem ursprünglichen Vertragsbeginn eingetreten waren. Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Tarifierhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Festsetzung des veränderten Satzes erfolgt. Die Tarifierhöhung kann frühestens zum 1. des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer einging.</p>
C Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <ol style="list-style-type: none"> Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> die Ausbildung endet, die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), der Anspruch auf Beihilfe entfällt, das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt. Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht. Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>

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

Sofern ein Beihilfeanspruch besteht und entsprechende Tarife versichert werden/sind, gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbestimmungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD.

Gültig ab 01./2009

Teil III: Kurtarif

A Leistungen des Versicherers	<p>Die Höhe der Leistungen ergibt sich aus der Anzahl der vereinbarten Stufen. Bei einer Genesungskur ersetzt der Versicherer je Stufe 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 1,00 EUR täglich, je Kalenderjahr längstens bis zur Dauer von 30 Tagen. Bei einer sonstigen Kur ersetzt der Versicherer je Stufe 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 8,00 EUR innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren. Werden die tariflichen Leistungen nicht in Anspruch genommen, z. B. weil ein Träger der Sozialversicherung Kurkosten übernommen hat, gilt folgendes:</p> <p>a) Bei einer Genesungskur zahlt der Versicherer an Stelle des Kostenersatzes je Stufe ein Kurtagegeld von 0,40 EUR, jedoch pro Kalenderjahr längstens für die Dauer von 30 Tagen.</p> <p>b) Bei einer sonstigen Kur zahlt der Versicherer anstelle des Kostenersatzes je Stufe eine Kurpauschale von 3,20 EUR, allerdings nur einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p>
B Erstattungsfähige Aufwendungen	<p>1. Genesungskur Bei einer Genesungskur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) sind Aufwendungen wie folgt erstattungsfähig:</p> <p>a) Unterkunft und Verpflegung; b) Leistungen der Ärzte, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen; c) Arznei-, Verband und Heilmittel; d) Kurplan und Kurtaxe.</p> <p>Als Genesungskur gilt ein Kuraufenthalt, der spätestens 6 Monate nach Ablauf einer stationären Krankenhausbehandlung von mindestens 15-tägiger Dauer oder einer Krankenhausbehandlung von mindestens 10-tägiger Dauer in Verbindung mit einer Operation beginnt und zur Sicherstellung des Heilerfolges medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.</p> <p>2. Bei einer sonstigen Kur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) sind Aufwendungen wie folgt erstattungsfähig:</p> <p>a) Leistungen der Ärzte, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen; b) Arznei-, Verband- und Heilmittel; c) Kurplan und Kurtaxe.</p> <p>Als sonstige Kur gilt ein medizinisch notwendiger Kuraufenthalt, der im Übrigen die Voraussetzungen für eine Genesungskur nicht erfüllt. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.</p>
C Nachweise	<p>Die Rechnungsbelege müssen, sofern keine Kostenerstattung durch Dritte vorausging, in Urschrift eingereicht werden; im anderen Falle genügt in Abweichung zu Nr. 20 TB 2009 die Vorlage von Duplikaten, auf denen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt sein müssen.</p>
D Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt.</p> <p>Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>

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

Sofern ein Beihilfeanspruch besteht und entsprechende Tarife versichert werden/sind, gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbestimmungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD.

Gültig ab 01/2009

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV)

Teil I Bedingungen

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Versicherungsleistung

(1) Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegegeld oder sonst vereinbarte Leistungen.

Versicherungsfall; Beginn und Ende

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne von Absatz 3 sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (5) Die Hilfe im Sinne von Absatz 3 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (6) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatz 3 sind
- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Stufe der Bedürftigkeit

(7) Die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der tariflich vereinbarten Pflegestufen erfolgt nach folgenden Kriterien

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

(8) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

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

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

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche richtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach Absatz 6 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf/Beginn und Ende

(10) Als Versicherungsfall gilt auch ein erheblicher Bedarf einer versicherten Person an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Er endet, wenn kein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung mehr besteht.

Bestimmung eines erheblichen Bedarfs an Beaufsichtigung und Betreuung

(11) Einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegepflichtversicherung) als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(12) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauf tendenz);
- Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verknennung der Situation;
- im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- Störung des Tag/Nacht-Rhythmus;
- Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

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

Vertragsgrundlagen

(13) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den geltenden Gesetzen und Verordnungen.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Geltungsbereich

(14) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege im Gebiet der Europäischen Union sowie der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz.

§ 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). 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 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 und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Eintritt und Dauer der Pflegebedürftigkeit oder des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einer versicherten Person sowie die Pflegestufe sind durch Vorlage der jeweils aktuellen Feststellungsunterlagen des medizinischen Dienstes der deutschen Pflegekasse bzw. eines privaten deutschen Krankenversicherungsunternehmens nachzuweisen.

(3) Bei der Feststellung der in Absatz 2 genannten Leistungsvoraussetzungen schließt sich der Versicherer der schriftlichen Entscheidung der deutschen Pflegekasse bzw. des deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmens hinsichtlich deren Leistungspflicht an.

(4) Die Leistung des Versicherers erfolgt unabhängig von einer Leistung der deutschen Pflegekasse bzw. des privaten deutschen Krankenversicherungsunternehmens als Träger der privaten Pflegepflichtversicherung.

(5) Zur Feststellung des Eintritts und der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit genügt eine ärztliche Bescheinigung, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Feststellung weder bei einer deutschen Pflegekasse noch bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichert ist. Der Versicherer stellt hierfür einen Vordruck für die ärztliche Bescheinigung zur Verfügung. Abs. 3 findet in diesen Fällen keine Anwendung.

(6) Bonifikationen

Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet.

Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Bonifikationen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden. Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Bonifikation teilnehmen.

§ 5 Einschränkungen der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht bei Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person

- die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind.
- die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;
- die vorsätzlich herbeigeführt wurde oder durch vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle verursacht wurde.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.

(2) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters, das die versicherte Person dann gemäß Satz 2 erreicht hat, zu zahlen.

(3) Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Abweichend von Satz 1 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheines zu zahlen, es sei denn, die Versicherung beginnt zu einem späteren Zeitpunkt.

(4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann 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.

§ 9 Beitragsberechnung

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

§ 10 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 10 Vomhundertsatz und hinsichtlich der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 5 Vomhundertsatz, kann der Versicherer unter den gleichen Voraussetzungen

die Beiträge anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

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

§ 11 Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten)

(1) Der Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit bzw. des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sind dem Versicherer unverzüglich, spätestens jedoch 42 Tage nach Feststellung durch den medizinischen Dienst (s. § 4 Absatz 2) oder Arzt (s. § 4 Absatz 5), schriftlich mitzuteilen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist.

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

(4) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegekrankenversicherung (Pflegegeld oder Pflegekostenversicherung) oder Pflegerenten oder Pflegezusatzversicherung in der Lebensversicherung für eine versicherte Person bedarf der Einwilligung des Versicherers.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) 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 § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 11 Abs. 4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 13 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis – auch für einzelne versicherte Personen – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 10 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(3) 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.

(4) 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.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit deren Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, binnen zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer zu erklären.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen Personen mit der dauerhaften Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedstaat der Europäischen Union noch Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist und nicht bei Verlegung in die Schweiz. Dies gilt nicht, sofern eine von Satz 1 abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

Sonstige Bestimmungen

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 18 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 19 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Pflegevorsorge Flex

<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p>1. Monatliches Pflegegeld Der Versicherer zahlt das vertraglich vereinbarte monatliche Pflegegeld ab dem 1. des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Die Leistungen richten sich nach der Höhe des für die versicherte Person für die jeweilige Pflegestufe vereinbarten Pflegegeldes. Tarifstufen: Flex 1: 100 % des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I. Liegt bei Personen, die das 20. Lebensjahr vollendet haben, ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vor und keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III, so werden 20% des für Pflegestufe I vereinbarten Pflegegeldes fällig. Flex 2: 100 % des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II Flex 3: 100 % des Pflegegeldes bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III Ändert sich die Pflegestufe innerhalb eines Monats, so wird für diesen Monat die Leistung aus der für die jeweils höhere Pflegestufe bestehenden Tarifstufe fällig. 2. Höchst-Pflegegeld in den einzelnen Pflegestufen Die Höhe des Pflegegeldes nach den Tarifstufen Flex 1 und Flex 2 darf die Höhe der beim Versicherer für die jeweils nächst höhere Pflegestufe bestehenden Pflegegelder nicht überschreiten.</p>
<p>B Beitragsbefreiung</p>	<p>Besteht für eine versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegestufe I, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die betreffende Person in Tarif Pflegevorsorge Flex befreit. Die Beitragsbefreiung gilt jeweils für den ganzen Monat, in dem die Pflegebedürftigkeit besteht.</p>
<p>C Dynamik</p>	<p>Der Versicherer erhöht das versicherte Pflegegeld ohne Gesundheitsprüfung planmäßig alle drei Jahre um 10% des zuletzt vereinbarten Satzes und zwar erstmals zum 1. Juli des 4. Versicherungsjahres, wenn die jeweils versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 21. Lebensjahr vollendet hat. Dabei wird das Pflegegeld kaufmännisch auf volle 10,00 Euro gerundet. Die planmäßige Beitragserhöhung wird nach den in § 9 AVB/PV Teil 1 festgelegten Grundsätzen berechnet. Der Anspruch auf planmäßige Erhöhungen entfällt für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt einer möglichen planmäßigen Erhöhung einen Anspruch auf die Zahlung von Pflegegeld haben. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt für diejenigen im Vertrag versicherten Personen, für die Sie innerhalb von einem Monat nach unserer Mitteilung der Erhöhung widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen. Widersprechen Sie für eine versicherte Person zwei aufeinanderfolgenden Erhöhungen, entfällt für diese Person der Anspruch auf weitere planmäßige Erhöhungen.</p>
<p>D Bonifikation</p>	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen, die die Gesundheit fördern oder die Pflegebedürftigkeit verzögern oder vermeiden könnten, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Verhaltensboni werden dem Versicherungsnehmervor Vertragsschluss, erfolgte Änderungen zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres mitgeteilt. Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>E Option auf Höherversicherung</p>	<p>1. Umfang/Inhalt der Option Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten den Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge Flex innerhalb der vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen erhöhen. Dies umfasst sowohl die Anhebung des monatlichen Pflegegeldes als auch die Hinzuvversicherung der Tarifstufe Flex1 oder Flex2, wenn diese bisher nicht bestanden. Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen. 2. Ereignisse für die Inanspruchnahme der Option Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen, sofern die versicherte Person das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und noch kein Pflegeantrag gestellt wurde: a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; b) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag; c) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind); d) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbständigkeit; e) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung und Selbständigkeit in ein Beamtenverhältnis; f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Pflegezusatzversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Höherversicherung verlangen, wenn vorher 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge Flex bestand. g) Einmalig bei einer Veränderung der Rahmenbedingungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung (geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit bzw. Kürzung der Pflegeleistungen). Die Option nach f) gilt nicht für versicherte Personen, die aufgrund § 198 Absatz 1 und 2 Versicherungstragsgesetz (Kindernachversicherung) versichert wurden.</p>

E Fortsetzung	3. Frist zur Wahrnehmung der Option Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option muss dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zugehen: a) Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
F Mindest-Pflegegeld	Das monatliche Mindest-Pflegegeld je Tarifstufe beträgt 100 Euro.
G Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind alle Personen, die in der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind oder waren.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV) Teil I

Gültig ab 04/2011

Teil II: Tarif Pflegevorsorge FamilyFit

<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p>1. Präventionsprogramm Der Versicherer erstattet vor Eintritt des Versicherungsfalles die Kosten für folgende Präventionsmaßnahmen im nachfolgend näher beschriebenen Umfang: a) Für Präventionsmaßnahmen, die der Gesundheit förderlich sind und die Pflegebedürftigkeit verzögern oder vermeiden, erstattet der Versicherer 50% des Rechnungsbetrages. Die Leistung ist pro Kalenderjahr auf 10% des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes begrenzt. Erstattungsfähige Präventionsmaßnahmen sind insbesondere diejenigen, die der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf einer Liste zur Verfügung stellt. Die dort genannten Maßnahmen orientieren sich an dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung. Der Versicherer behält sich erforderliche Änderungen der Liste vor und teilt diese dem Versicherungsnehmer mit. Darüber hinausgehende Präventionsmaßnahmen sind nur erstattungsfähig, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat. b) Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer bei Bedarf über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention. c) Die versicherte Person hat mit Beginn des Jahres, in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet, alle 2 Kalenderjahre Anspruch auf Erstattung einer individuellen Pflegeprophylaxe. Erstattungsfähig sind insbesondere Untersuchungen und Beratungen, die geeignet sind, Risikofaktoren zur Pflegebedürftigkeit zu erkennen. Die Pflegeprophylaxe erfolgt durch entsprechend geschulte Fachkräfte unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Umstände und des Wohnumfelds. Hierdurch soll die Selbständigkeit der versicherten Person ganz oder teilweise erhalten werden. Die Kosten der Maßnahme werden unter Abzug ggf. bestehender Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) zu 100% erstattet. Die Höhe dieser Erstattungen muss auf den jeweiligen Rechnungen entsprechend vermerkt werden. Die Erstattung innerhalb von 2 Kalenderjahren beträgt maximal 20% des monatlichen Pflegegeldes, welches zu Beginn der Durchführung der Pflegeprophylaxemaßnahme vereinbart ist.</p> <p>2. Leistungen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit Der Versicherer zahlt das vertraglich vereinbarte monatliche Pflegegeld ab dem 1. des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I eingetreten ist. Die Leistungen richten sich nach der Höhe des für die versicherte Person vereinbarten Pflegegeldes. Der Bezug von Pflegegeld schließt Leistungen für Präventionsprogramme aus.</p>
<p>B Beitragsbefreiung</p>	<p>Besteht für eine versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegestufe I, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die betreffende Person in Tarif Pflegevorsorge FamilyFit befreit. Die Beitragsbefreiung gilt jeweils für den ganzen Monat, in dem die Pflegebedürftigkeit besteht.</p>
<p>C Bonifikation</p>	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen, die die Gesundheit fördern oder die Pflegebedürftigkeit verzögern oder vermeiden könnten, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Verhaltensboni werden dem Versicherungsnehmervor Vertragsschluss, erfolgte Änderungen zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres mitgeteilt. Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>D Option auf Höherversicherung</p>	<p>1. Umfang/Inhalt der Option Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten den Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge FamilyFit innerhalb der vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen um 250 Euro erhöhen. Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme der Option Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen, sofern die versicherte Person das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und noch kein Pflegeantrag gestellt wurde: a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; b) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag; c) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind); d) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbständigkeit; e) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis; f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Pflegezusatzversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Höherversicherung verlangen, wenn vorher 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge FamilyFit bestand. g) Einmalig bei einer Veränderung der Rahmenbedingungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung (geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit bzw. Kürzung der Pflegeleistungen). Die Option nach f) gilt nicht für versicherte Personen, die aufgrund § 198 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (Kindernachversicherung) versichert wurden.</p>

D Fortsetzung	3. Frist zur Wahrnehmung der Option Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option muss dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zugehen: a) Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) in allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
E Mindest-Pflegegeld	Das monatliche Mindest-Pflegegeld beträgt 100 Euro.
F Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind alle Personen, die in der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind oder waren.
G Aufnahmefähigkeit	Aufnahmefähig sind folgende Personen, wenn diese versicherungsfähig sind: 1. Der Versicherungsnehmer 2. Ehe- oder Lebenspartner des Versicherungsnehmers 3. Großeltern, Eltern, Kinder oder Enkelkinder des Versicherungsnehmers oder seines Ehe- oder Lebenspartners 4. Geschwister des Versicherungsnehmers oder seines Ehe- oder Lebenspartners 5. Ehe- oder Lebenspartner der unter 3. und 4. genannten Personen 6. Personen, die dauerhaft in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer leben
H Mindest-Personenzahl	Voraussetzung für das Zustandekommen und Bestehen des Vertrages ist, dass mindestens 2 Personen versichert werden bzw. sind, die das 20. Lebensjahr vollendet haben. Sinkt die Anzahl der versicherten Personen ab 20 Jahre in einem Vertrag unter zwei, dann endet das Versicherungsverhältnis insgesamt. Die verbliebenen versicherten Personen haben in diesem Fall den Anspruch auf einen Wechsel in den Tarif Pflegevorsorge Flex unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte. Unbeschadet der vorgenannten Regelungen kann das Versicherungsverhältnis fortgeführt werden, wenn aufgrund eines Todesfalles die Mindest-Personenzahl unterschritten wird. Voraussetzung hierfür ist, dass eine volljährige Person als Versicherungsnehmer benannt wird. Diese Ansprüche enden zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von der Beendigung des Versicherungsverhältnisses erlangt.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV) Teil I

Gültig ab 04/2011

Teil II: Tarif Pflegevorsorge FamilyFitK

A Leistungen des Versicherers	Der Versicherer zahlt bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegestufe I ein monatliches Pflegegeld in Höhe von 500 Euro.
B Aufnahmefähigkeit/ Versicherungsfähigkeit	<p>Aufnahmefähig in diesem Tarif sind Kinder bis zum 14. Lebensjahr (Differenz zwischen Eintrittsjahr in den Tarif FamilyFitK abzüglich Geburtsjahr), wenn wenigstens ein Elternteil dieses Kindes im Tarif FamilyFit versichert ist und für das Kind selbst eine Aufnahmefähigkeit im Tarif FamilyFit bestehen würde.</p> <p>Versicherungsfähigkeit besteht bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, wenn wenigstens ein Elternteil dieses Kindes im Tarif FamilyFit versichert ist und für das Kind selbst Versicherungsfähigkeit im Tarif FamilyFit bestehen würde.</p>
C Wegfall der Versicherungsfähigkeit	<p>1. Grundsatz Die Versicherung endet grundsätzlich mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Buchstabe B. für die versicherte Person.</p> <p>2. Wechselrecht vor Vollendung des 15. Lebensjahres Entfällt die Versicherungsfähigkeit für die versicherte Person vor Vollendung des 15. Lebensjahres, und besteht zu diesem Zeitpunkt keine Pflegebedürftigkeit, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, für die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Ende der Versicherung einen Wechsel in einen gleichartigen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlangen.</p> <p>3. Fortführung vor Vollendung des 15. Lebensjahres Entfällt die Versicherungsfähigkeit für die versicherte Person vor Vollendung des 15. Lebensjahres, und besteht zu diesem Zeitpunkt Pflegebedürftigkeit, so wird der Versicherungsverhältnis im Tarif Pflegevorsorge FamilyFitK abweichend von Ziffer 1 für die Dauer der Pflegebedürftigkeit, längstens bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres fortgeführt.</p> <p>4. Umstellung bei Vollendung des 15. Lebensjahres Bei Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person wird die Versicherung nach dem Tarif Pflegevorsorge FamilyFitK zum nächsten Monatsersten in Tarif Pflegevorsorge FamilyFit mit einem monatlichen Pflegegeld in Höhe von 500 Euro zu den dann geltenden Beiträgen umgestellt, ohne dass es dafür einer gesonderten Willenserklärung bedarf. Besteht bei Umstellung für die betroffene versicherte Person bereits ein Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge FamilyFit, so erfolgt eine Erhöhung des im Tarif Pflegevorsorge FamilyFit für diese Person vereinbarten monatlichen Pflegegeldes um 500 Euro. Besteht zu diesem Zeitpunkt Pflegebedürftigkeit, gilt die im Tarif Pflegevorsorge FamilyFit vereinbarte Beitragsbefreiung. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die Versicherung innerhalb von 2 Monaten nach Umstellung der Versicherung, ggf. auch rückwirkend, für die betroffene versicherte Person zu kündigen.</p>
D Beitrag	Dieser Versicherungsschutz wird bis zum 1. des auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monats in diesem Tarif beitragsfrei gewährt.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV) Teil I

Gültig ab 05/2011

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut

Teil I Bedingungen

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen sowie Ersatz von Aufwendungen für vertraglich vereinbarte Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Notwendigkeit pflegerischer Versorgung (Pflegesituation) der versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Notwendigkeit pflegerischer Versorgung der versicherten Person. Er endet, wenn die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung der versicherten Person nicht mehr besteht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den geltenden Gesetzen und Verordnungen.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Dienstleistungen in Deutschland.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz, 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.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). 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 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 und nicht umfassender als der eines versicherten Elternteil sein.

§ 3 Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Eintritt und Dauer der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung sind durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung nicht aus.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung einer versicherten Person

- die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind.
 - die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;
 - die vorsätzlich herbeigeführt wurde oder durch vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle verursacht wurde.
 - für pflegerische Versorgung und sonstige Dienstleistung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung und Erbringung der Versicherungsleistungen

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.

(2) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters, das die versicherte Person dann gemäß Satz 2 erreicht hat, zu zahlen.

(3) Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Abweichend von Satz 1 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheines zu zahlen, es sei denn, die Versicherung beginnt zu einem späteren Zeitpunkt.

(4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann 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.

§ 9 Beitragsberechnung

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

§ 10 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 10 Vmhundertersatz und hinsichtlich der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 Vmhundertersatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 5 Vmhundertersatz, kann der Versicherer unter den gleichen Voraussetzungen die Beiträge anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

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

§ 11 Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten)

(1) Der Eintritt oder Wegfall der Notwendigkeit pflegerischer Versorgung sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist.

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

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

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) 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 § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

§ 13 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis – auch für einzelne versicherte Personen – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 10 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(3) 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.

(4) 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.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit deren Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, binnen zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer zu erklären.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen Personen mit der dauerhaften Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedstaat der Europäischen Union noch Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist und nicht bei Verlegung in die Schweiz. Dies gilt nicht, sofern eine von Satz 1 abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

Sonstige Bestimmungen

§ 17 Willenserklärungen

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

§ 18 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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 19 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Teil II: Tarif Pflegevorsorge Akut**A Leistungen des Versicherers****I. 24-Stunden-Hotline-Service**

Der Versicherer bietet einen 24 Stunden Hotline-Service an, den die versicherte Person und deren nahe Angehörige (§ 7 Pflegezeitgesetz) jederzeit in Anspruch nehmen können.

Der 24 Stunden Hotline-Service bietet Informationen und Beratung zu folgenden Themen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person an:

1. Unmittelbare Pflegeleistungen

- Ambulante Pflegedienste
- Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Einrichtungen zur teilstationären und Kurzzeit- Pflege
- haushaltsunterstützende Dienstleistungen
- Pflegehilfsmittel
- Hausnotrufsysteme
- Tag- und Nachtwachen
- Pflegeschulungen bzw. Pflegeschulungseinrichtungen
- Behinderten- und Krankenfahrdienste
- Begleit- und Fahrdienst
- Freizeitbetreuung

2. mittelbare Pflegeleistungen

- Leistungen der Krankenkassen
- Leistungen der Pflegekassen bzw. der privaten Krankenversicherungen als Träger der Pflegepflichtversicherung
- Beantragung von Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
- Zuordnung der versicherten Person zu einer Pflegestufe nach SGB XI
- Beantragung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII)
- Antrag auf Feststellung des Vorliegens und des Grades einer Behinderung sowie auf Ausstellung eines entsprechenden Ausweises nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)
- Benennung von Fach-/Ärzten
- Pflegegerechte Wohnung; Verbesserung des Wohnumfeldes
- Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen
- Kraftfahrzeughilfen, Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges
- betreute Rückkehr in die eigene Wohnung/das eigene Haus
- Selbsthilfegruppen, psychologischer Betreuung, Beratungseinrichtungen, Verbänden, Institutionen sowie sozialen Einrichtungen und ggfls. Benennung derselben

II. Vermittlung und 24-Stunden-Versorgungssicherheit

1. Der Versicherer bzw. dessen Assistent vermittelt im Versicherungsfall die unter Ziffer I. 1. aufgeführten unmittelbaren Pflegeleistungen. Die Höchstleistungsdauer nach Buchstabe B 1. findet auf die Vermittlung von ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen zur teilstationären und Kurzzeit-Pflege keine Anwendung.

2. Der Versicherer garantiert Versorgungssicherheit im Versicherungsfall. Soweit erforderlich wird die Versorgungssicherheit gewährleistet durch Vermittlung entweder der Unterbringung der versicherten Person in einer stationären Pflegeeinrichtung oder der Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst jeweils in Deutschland. Dies erfolgt zum bald möglichsten Zeitpunkt, in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Feststellung und Meldung des Versicherungsfalles an den 24 Stunden Hotline-Service des Versicherers.

Soweit möglich berücksichtigt der Versicherer bei seiner Auswahl lediglich zertifizierte Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegedienste, welche zumindest die ISO-Norm 9001 erfüllt.

3. Die in Ziffer 1 und 2 aufgeführten Leistungen werden unmittelbar von dem 24 Stunden Hotline-Service des Versicherers erbracht.

<p>A Fortsetzung</p>	<p>Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall 100 % der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Dienstleistungen, soweit diese erforderlich sind, bis zu einem Betrag von insgesamt max. 2.500 Euro. Voraussetzung hierfür ist (mit Ausnahme von § 1 Abs. 5 AVB Teil 1), dass die Dienstleistungen vom Versicherer bzw. dessen Assistenten vermittelt oder organisiert werden oder vorab eine Kostenzusage von diesen erfolgt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beförderung Im Falle von A II die einmalige notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung/dem Aufenthaltsort in die stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung. Darüber hinaus die Beförderung des in der Pflegeeinrichtung unterzubringenden Hausrates der versicherten Person in die stationäre Pflegeeinrichtung. 2. Menüservice Anlieferung jeweils einer Hauptmahlzeit pro Tag für die versicherte Person und einer im selben Haushalt lebenden Person. Diesen Personen steht die Wahl unter dem vom Dienstleister angebotenen Menüsortiment frei. 3. Einkäufe, Besorgungen und Botengänge Erledigung von Einkäufen, Besorgungen und Botengängen z.B. zu Banken, Sparkassen, Behörden, Ärzten, Apotheken, Lebensmittelhändlern und Reinigung an bis zu zwei Tagen in der Woche. 4. Wohnungsreinigung Einmal in der Woche für 5 Stunden Reinigung von Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und WC der Wohnung bzw. des Hauses der versicherten Person im üblichen Umfang, sofern sich diese Räume nicht in einem überdurchschnittlich verschmutzten Zustand befinden. 5. Wäsche-Service Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen der Wäsche und Kleidung sowie Pflegen der Schuhe jeweils im eigenen Haushalt der versicherten Person einmal wöchentlich. 6. Begleitservice und Fahrdienst Unterstützung der versicherten Person bei der Wahrnehmung von Arztterminen, Terminen für Krankengymnastik und sonstigen ärztlich angeordneten Therapien sowie Behördenterminen durch eine Begleitperson und, soweit erforderlich, einen Fahrdienst an bis zu zwei Tagen in der Woche. 7. Gartenpflege Pflege des sich am Haus oder an der Wohnung befindlichen Gartenbesitzes der versicherten Person für die Dauer von bis zu zwei Stunden wöchentlich in allgemein üblichem Umfang (z.B. Rasenmähen, Unkrautbeseitigung, Ernte von Obst und Gemüse) 8. Schneeräumung und Laubbeseitigung Tägliche Schneeräumung und Laubbeseitigung, soweit erforderlich auf den Gehwegen vor dem Haus oder der Wohnung in dem/der die versicherte Person wohnt, soweit diese hierzu gesetzlich oder vertraglich verpflichtet ist, für die Dauer von bis zu 14 Tagen. 9. Tag- und Nachtwache 24 Stundenbetreuung (Tag- und Nachtwache) der versicherten Person durch Fachpersonal in der Wohnung oder dem Haus der versicherten Person oder der sie betreuenden Person für die Dauer von bis zu zwei Tagen. 10. Kinderbetreuung Betreuung der Kinder der versicherten Person oder des pflegenden nahen Angehörigen, soweit diese das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben durch folgende Dienstleistung: <ul style="list-style-type: none"> – Beaufsichtigung durch Fachpersonal für die Dauer von bis zu sieben Tagen – Fahrdienst zur Schule, Kindergarten oder entsprechenden Betreuungseinrichtungen für die Dauer von bis zu 14 Tagen – Schülernachhilfe für die Dauer von bis zu 14 Tagen 11. Versorgung von Haustieren Versorgung von Haustieren der versicherten Person in erforderlichem Umfang für die Dauer von bis zu sieben Tagen durch einen professionellen Dienstleister. 12. Installation von Hausnotrufsystemen Die Einrichtung einer Hausnotrufanlage mit Aufschaltung auf eine hierfür spezialisierte Hausnotrufzentrale in der Wohnung der versicherten Person. Die verbleibenden Kosten für die Anmietung der Hausnotrufanlage sowie die Aufschalt- und Bereitschaftsgebühren werden, nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung, bis zu einem Betrag von max. 250 Euro erstattet. 13. Pflegeschulung Eine Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende nahe Angehörige der versicherten Person. Je Person werden die verbleibenden Kosten der Pflegeschule, nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung, bis zu einem Betrag von max. 150 Euro erstattet. 14. Freizeitbetreuung Eine Freizeitbetreuung für die versicherte Person bis zu insgesamt drei Stunden an zwei Tagen in der Woche. Soweit in den Ziffern 1 bis 14 nichts anderes geregelt ist, werden Sachkosten die im Zusammenhang mit der jeweiligen Dienstleistung anfallen nicht erstattet.
<p>B Höchstleistungsdauer und Leistungsbegrenzung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Leistungspflicht des Versicherers endet jeweils drei Monate nach Beginn des Versicherungsfalles. 2. Eine erneute Leistungspflicht des Versicherers besteht erst nach Ablauf von drei Jahren nach dem Ende des vorangegangenen Versicherungsfalles.
<p>C Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig sind alle Personen, die in der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind oder waren.</p>

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge Akut Teil I

Gültig ab 04/2010

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung 2008 (AVB/KK 2008)

Teil I: AVB/KK 2008

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. Er gewährt im Versicherungsfall

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

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

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

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Allgemeine Versicherungsbedingungen 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 außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

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

(6) Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 VVG (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte 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 die hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 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 unmittelbar nach 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 zum Tag der Geburt vorgenommen wird. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

- bei Unfällen;
- für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung 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, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes sowie approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind, in Anspruch genommen werden.

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- 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;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- für ambulante Heilbehandlungen 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 Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- entfallen;
- für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

§ 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.
- (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 Versicherungsleistung 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.
- (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.

§ 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 nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) 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 Sie oder die versicherte Person mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Sie können vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn Sie die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und unseren Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (5) Sind Sie bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnen wir Sie unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellen wir das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung bei Ihnen ein. Während der Ruhezeit haften wir ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus haben Sie für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung zu entrichten. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Sie oder die versicherte Person hilfsbedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch werden. Die Hilfsbedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; Wir können in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif fortgesetzt.
- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 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.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (8) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

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

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer geprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweiligen kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) 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.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenvollversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) 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.
- (2) 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 kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(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 infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 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, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit 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 insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge 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 eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(7) 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.

(8) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass Sie bzw. die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert sind.

Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) können Sie verlangen, dass wir die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf den neuen Versicherer übertragen. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Sie 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.

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

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

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

§ 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 Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

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

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Deutschland 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, ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt oder hat er seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung 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 Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche 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 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

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a Nr.2, 2a-2c SGB V 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 nach 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. Der vorige Absatz gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung Tarif AWFH

1. Allgemeines

1.1 Für die Anwartschaftsversicherung AWFH gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2008 (AVB KK/2008), soweit sie nicht durch die folgenden Bedingungen abgeändert sind.

2. Voraussetzungen

- 2.1 Sie können die Anwartschaftsversicherung AWFH abschließen, wenn Sie bisher nicht bei uns krankheitskostenvollversichert sind.
- 2.2 Versicherungsfähig sind Bedienstete der Polizei, Bundespolizei und der Feuerwehr mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- 2.3 Darüber hinaus sind auch Studenten und Absolventen von Hochschulen (Universitäten, Fachhochschulen, Gesamthochschulen) versicherungsfähig, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflicht- oder familienversichert sind und deren berufliches Ziel eine Beamtenlaufbahn als Lehrer oder Hochschullehrer ist.

3. Ansprüche aus der Anwartschaft

- 3.1 Durch den Abschluss der Anwartschaftsversicherung AWFH erwerben Sie den Anspruch, bei Wegfall der Heilfürsorge bzw. bei Berufung in das Beamtenverhältnis eine Krankheitskostenvollversicherung nach unseren zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang offenen beihilfekonformen Tarifen ohne erneute Gesundheitsprüfung abzuschließen. Die Leistungspflicht umfasst dann alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der abgeschlossenen Tarife. Während der Dauer der Anwartschaft besteht für Sie kein Leistungsanspruch aus der Krankheitskostenvollversicherung. Die Anwartschaft umfasst nicht die Krankenhaustagegeldversicherung.
- 3.2 Voraussetzung für die Übernahme in den oder die Tarife mit Leistungsanspruch ist, dass Sie diese innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Heilfürsorge bzw. nach Berufung in das Beamtenverhältnis beantragen. Unsere Leistungspflicht beginnt dann rückwirkend zum Zeitpunkt des Wegfalls der Heilfürsorge bzw. der Berufung in das Beamtenverhältnis.
- 3.3 Von dem Zeitpunkt an, ab dem Sie in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen worden sind, ist der Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der Ihrem dort tariflich erreichten Alter entspricht.
- 3.4 Sie haben nach Tarif AWFH keinen Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

4. Beiträge für die Anwartschaftsversicherung

4.1 Der monatliche Beitrag beträgt 1,00 EUR.

5. Sonstige Bestimmungen

- 5.1 Die Anwartschaftsversicherung endet mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzung nach Ziffer 2.2 und 2.3 für die Anwartschaft entfällt. Sie sind verpflichtet, uns innerhalb von zwei Monaten den Wegfall anzuzeigen. Teilen Sie uns den Wegfall nicht innerhalb der gesetzten Frist mit, so endet die Anwartschaft zum Ende des Monats, in dem wir Kenntnis davon erhalten. Die Ansprüche nach Ziffer 3 entfallen. Eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.
- 5.2 Für Versicherte nach Ziffer 2.3 endet der Vertrag ferner spätestens mit Ablauf von 6 Jahren ab Versicherungsbeginn.
- 5.3 Wird die Anwartschaft gekündigt, entfallen die Ansprüche nach Ziffer 3. Eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Bedingungsteil MB/PPV 2012

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten sind nicht erstattungsfähig.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- (6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 - a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- (7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 - a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 - b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 - c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

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

- (9) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2010, Tarif PV) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.
- (11) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PVN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes

ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist. Werden versicherte Personen der Tarifstufe PVN beihilfeberechtigter, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

- (12) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Absätze 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Absatz 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Absatz 1) an.
- (2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages
 - a) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr,
 - b) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre,
 - c) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre,
 - d) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre,
 - e) in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss.
 - f) in der Zeit ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.
- (3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit wenn ein Elternteil sie erfüllt.
- (4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird dort ununterbrochen zurückgelegte auf die Wartezeit angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

- (1) Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Absatz 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerter der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen. Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.
- (2) An Stelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.
- (3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

- (4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,
- bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
 - bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich
- eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch eine solche Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.
- Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Absatz 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet.

- (5) Nimmt die versicherte Person Aufwändungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwändungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwändungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.
- (6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.
- (7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 SGB V (siehe Anhang) gilt entsprechend.
- Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.
- Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.
- Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der versicherten Person wieder hergestellt wird.

B. Teilstationäre Pflege

- (8) Versicherte Personen haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden.
- Das sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.
- (9) Die Versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren:
- Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Aufwändungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen gemäß Nr. 1 des Tarifs PV um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.
- Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV je Kalendermonat 50 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich das Pflegegeld gemäß Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

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

C. Kurzzeitpflege

- (10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.
- Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Die Leistungen werden
- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder
 - in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht.
- Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

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

- (11) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.
- Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.
- Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalt und Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte.
- (12) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nr. 7.1 des Tarifs PV, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson

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

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

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

H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

- (16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Abs. 1) und teilstationärer Pflege (Abs. 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PV. Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei vollstationärer Pflege (Abs. 11) Anspruch auf Ersatz von

Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PV. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ferner dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

- (17) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:
- unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglaufen etc.);
 - Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
 - unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
 - tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
 - im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
 - Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
 - Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
 - Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
 - Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
 - Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
 - Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
 - ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
 - zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzögertheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.
- Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt hat.

I. Pflegeberatung

- (18) Versicherte Personen haben ab 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Der Anspruch umfasst insbesondere
- die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach § 6 Abs. 2,
 - die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
 - das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
 - die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage sowie
 - bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.
- Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird. Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen. Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht:
- solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; Aufwendersersatz gemäß § 4 Abs. 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;
 - soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.
- (2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:
- soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII – siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

- während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kuroder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII – siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.
 - für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
 - für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
- (3) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

- Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.
- Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt. Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.
- Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.
- Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- 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.
- Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.
- (2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie
 - a) nicht nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,
 - b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,
 - c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,
 - d) nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
 - e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.
- (3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern
 - a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 - b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 - c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligengesetzes oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,
 - d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) –) (siehe Anhang) außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.
- (4) Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.
- (5) Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 55 Absätze 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.
- (6) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- (7) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.
- (8) Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflegepflichtversicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 EUR verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer auf Grund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 in Verbindung mit § 38 (VVG) (siehe Anhang) kündigen.
- (9) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI (siehe Anhang) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- (3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

§ 8 b Beitragsänderungen

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegeversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 v.H., so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Absatz 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach Übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.
- (4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.
- (5) Angleichungen gemäß Abs. 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Anzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegefähigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Absatz 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Absatz 14 erbringt.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Absatz 1 b).
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich schriftlich zu unterrichten.
- (6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversicherungsnummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- (3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Absatz 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sachund Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z.B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung – siehe Anhang –) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger der Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.
- (2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- (3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer ab 1. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 13a Abs. 6 Kalkulationsverordnung in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Absätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

- (5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.
- (6) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Absatz 1 Nr. 1, Absatz 3 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Absatz 5 bleibt unberührt.
- (2) In den Fällen des § 9 Absatz 5, § 13 Absatz 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Abs. 4) kündigen.
- (3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgeannten Frist gestellt wurde. Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Absatz 1 a) Halbsatz 1. Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gelten Absatz 1 Sätze 2 und 3 entsprechend.
- (4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Sätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Beitragsrückerstattung

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

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2012 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Absatz 3 MB/PPV 2012 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2012
 - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 v.H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v.H. des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach §18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR. Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen. Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;
 - b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
4. § 8 a Absatz 2 MB/PPV 2012 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten. Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz (siehe Anhang) bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im modifizierten Standardtarif gemäß § 315 SGB V (siehe Anhang) sowie im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)

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

In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2012

- a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
- b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im modifizierten Standardtarif ab 1. Juli 2008, bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) – (SGB II) oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist;
- c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im modifizierten Standardtarif ab 1. Juli 2008, bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht. Endet die Versicherung im modifizierten Standardtarif oder im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

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

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2012) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100% der nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Die Tarifleistungen betragen für

1. Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ohne bzw. mit einem bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kind
50%
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern
30%
3. Personen nach Nr. 1, die sich im Ruhestand befinden
30%
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und beihilferechtigte Witwen und Witwer
30%
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilferechtigte Waisen
20%
der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 EUR aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1-5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte. Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v.H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 440 EUR,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.040 EUR,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.510 EUR erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 EUR monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Erstattungs-fähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v.H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 225 EUR,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 430 EUR
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 685 EUR.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

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

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

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

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

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

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

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

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 v.H. erstattet.

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

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 31 EUR je Kalendermonat erstattet.

4.3 Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 2.557 EUR je Maßnahme begrenzt.

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

5. Teilstationäre Pflege

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

- 5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 440 EUR,
- 5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.040 EUR,
- 5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.510 EUR

erstattet. Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig. Erstattungs-fähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v.H. der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.510 EUR pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 3 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 vom Hundert gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

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

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro je Kalendermonat,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro je Kalendermonat,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.510 Euro je Kalendermonat,
- d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 3 anerkannt sind, in Höhe von 1.825 Euro je Kalendermonat erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v.H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang).

Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536 Euro. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) – Sechstes Buch (VI) – (siehe Anhang) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflege Tätigkeit. In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen

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

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

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

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

11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

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

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt,
- d) der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligigen Betreuungsangebote, die nach § 45 c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind, werden bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

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

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI (siehe Anhang). In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Hilfsmittelverzeichnis der Privaten Pflegeversicherung

Hilfsmittelverzeichnis der PPV		HMV-Nummer
1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	1.1 Häuslicher Bereich	
	1.1.1 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	
	• Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
	1.1.2 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	
	• Wandlifter	22.40.02.0001-0999
	1.1.3 Zubehör für Lifter	
	• Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
	1.2 Pflegebereich	
	1.2.1 Pflegebetten	
	• Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
	• Pflegebetten, motorisch verstellbar	50.45.01.1000-0999
	• Kinder-/ Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-0999
	1.2.2 Pflegebettzubehör	
	• Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
	• Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
	• Bettgalgen	50.45.02.2000-2999
	• Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
	• Seitengitter	50.45.02.4000-4999
	• Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
	1.2.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	
• Einlegerahmen	50.45.03.0001-0999	
• Rückenstützen, manuell verstellbar	50.45.03.1000-1999	
1.2.4 Spezielle Pflegebettische		
• Pflegebettische	50.45.04.0001-0999	
• Bettnachtschränke	50.45.04.1000-1999	
1.2.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung		
• Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett	50.45.06.0001-0999	
1.2.6 Rollstühle mit Sitzkantelung		
• Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-3999	
1.2.7 Pflegerollstühle		
• Pflegerollstühle	50.45.08.0001-0999	
1.2.8 Lagerungskeile		
• Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm Höhe	20.29.01.0001-3999	
1.2.9 Umsetz- und Hebehilfen		
• Drehscheiben	22.29.01.0001-0999	
• Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999	
• Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999	
1.3 Innenraum und Außenbereich/Straßenverkehr		
1.3.1 Schieberollstühle		
• Standard-Schieberollstühle	18.50.01.0001-0999	
1.4 Treppen		
1.4.1 Treppenfahrzeuge		
• Treppensteighilfen, (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999	
• Treppenraupen	18.65.01.2000-2999	
2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	2.1 Häuslicher Bereich	
	2.1.1 Badewannenlifter	
	• Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
	• Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999
	2.1.2 Badewanneneinsätze	
	• Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999
	• Badeliegen	04.40.04.1000-1999
	2.1.3 Badewannensitze	
	• Badewannensitzer	04.40.02.0001-0999
	• Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
	• Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
	• Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
	2.1.4 Duschhilfen	
	• Duschsätze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
	• Duschhocker	04.40.03.1000-1999
• Duschstühle	04.40.03.2000-2999	
2.1.5 Toilettensitze		
• Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999	
• Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999	
• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999	
• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999	
• Toilettensitze für Kinder	33.40.01.4000-4999	

Hilfsmittelverzeichnis der PPV	HMV-Nummer
2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	<p>2.1.6 Toilettenstützgestelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toilettenstützgestelle 33.40.02.0001-0999 • Toiletzensitzgestelle 33.40.02.1000-1999 <p>2.1.7 Toilettenstühle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff 33.40.04.0001-0999 • Feststehende Holztoilettenstühler 33.40.04.1001-1999 • Toilettenstühle für Kinder 33.40.04.2000-2999 <p>2.1.8 Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Badewannengriffe, mobil 04.40.05.0001-0999 • Stützgriffe für Waschbecken und Toiletten 04.40.05.1000-1999 <p>2.1.9 Produkte zur Hygiene im Bett</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bettpfannen (Stechbecken) 51.40.01.0001-0999 • Urinflaschen 51.40.01.1000-1999 • Urinschiffchen 51.40.01.2000-2999 • Urinflaschenhalter 51.40.01.3000-3999 • Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar 51.40.01.4000-4999 <p>2.2 Pflegebereich</p> <p>2.2.1 Waschsyste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kopfwaschsysteme 51.45.01.0001-0999 • Ganzkörperwaschsysteme 51.45.01.1000-1999 • Duschwagen 51.45.01.2000-2999 • Kopfwaschbecken, freistehend 51.45.01.3000-3999 • Hygienesitze 51.45.01.4000-4999 <p>2.3 Innenraum</p> <p>2.3.1 Toilettenrollstühle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toilettenrollstühle 18.46.02.0001-0999 <p>2.3.2 Duschrollstühle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dusch-Schieberrollstühle 18.46.03.1000-1999
3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigen Lebensführung/Mobilität	<p>3.1 Häuslicher Bereich</p> <p>3.1.1 Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen 22.50.01.0001-0999 <p>3.1.2 Notrufsysteme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte 52.40.01.0001-0999 • Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale 52.40.01.1000-1999 <p>3.1.3 Gehhilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gehgestelle 10.46.01.0001-0999 • Reziproke Gehgestelle 10.46.01.1000-1999 • Gehgestelle mit zwei Rollen 10.46.01.2001-2999 • Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder) 10.46.04.0001-0999 • Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) 10.46.04.1000-1999 <p>3.1.4 Bettpfosten-/Bettrahmenerhöher</p>
4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	<p>4.1 Leib/Rumpf</p> <p>4.1.1 Sitzhilfen zur Vorbeugung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien 11.39.01.0001-3999 <p>4.1.2 Liegehilfen zur Vorbeugung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien 11.29.01.0001-3999 • Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien 11.29.05.0001-2999 <p>4.2 Pflegebereich</p> <p>4.2.1 Lagerungsrollen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lagerungsrollen 53.45.01.0001-0999 • Lagerungshalbrollen 53.45.01.1000-1999
5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	<p>5.1 Harn-/Verdauungsorgane</p> <p>5.1.1 Saugende Inkontinenzvorlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1 15.25.01.0001-0999 • Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2 15.25.01.1000-1999 • Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3 15.25.01.2000-2999 • Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2 15.25.01.3000-4999 • Vorlagen für Urininkontinenz 15.25.01.5000-5999 <p>5.1.2 Netzhosen für Inkontinenzhosen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Netzhose Größe 1/Netzhose Größe 2 11.29.01.0001-1999 <p>5.1.3 Saugende Inkontinenzhosen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inkontinenzhosen Größe 1,2 und 3 15.25.03.0001-2999 <p>5.1.4 Externe Urinableiter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inkontinenzhosen Größe 1,2 und 3 15.25.04.0001-0999 <p>5.1.5 Urin-Beinbeutel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beinbeutel mit Ablauf, unsteril 15.25.05.1000-1999 <p>5.1.6 Urin-Bettbeutel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bettbeutel mit Ablauf, unsteril 15.25.06.1000-1999

Hilfsmittelverzeichnis der PPV
5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

	HMV-Nummer
5.1.7 Zubehör für Auffangbeutel	
• Haltebänder für Urinbeinbeutel	15.25.11.0001-0999
• Halterungen/Taschen für Urinbeinbeutel	15.25.11.1000-1999
• Halterungen/Befestigungen für Beettbeutel	15.25.11.2000-2999
• Sonstiges Zubehör	15.25.11.3000-3999
5.2 Pflegebereich	
5.2.1 Saugende Bettschutzeinlagen	
• Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.3 Ohne speziellen Anwendungen/Zusätze	
5.3.1 Schutzbekleidungen	
• Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
• Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
• Mundschutz	54.99.01.2000-2999
• Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
5.3.2 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
• Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999

Anhang zu MB/PPV und Tarif PV

Anhang zu MB/PPV 2010 und Tarif PV

Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010) zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend im Wortlaut mit dem Rechtsstand 1.7.2008 (soweit nichts anderes vermerkt ist) wiedergegeben.

Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 263,- Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufiger und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 450,-, 638,-, 820,-, 1066,- oder 1311,- Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach Absatz 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahe steht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
1. mit einer Person, die minderjährig oder 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.
- (3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
 2. Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst, Zivildienst oder auf Grund von § 6c des Wehrpflichtgesetzes (Hilfeleistung im Innern) Wehrdienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind sowie Personen, die im Anschluss an den Grundwehrdienst freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst nach § 6b des Wehrpflichtgesetzes leisten,
 3. (aufgehoben)
 - 3a. Personen, die auf Grund des § 6c des Wehrpflichtgesetzes (Hilfeleistung im Innern) Wehrdienst leisten, gelten als Wehrdienstleistende im Sinne der Nummer 2,
 4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind.
 5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.
- (2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie
1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletzengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitations-Übergangsgeld beziehen,
 2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen oder
 3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.
- (2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie
1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, und
 2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommenssteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommenssteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden. Satz 1 gilt nur für Kinder des Erziehenden, seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners. Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).
- (2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen und eine

pflegebedürftige Person pflegen, wenn sie unmittelbar vor der Pflegezeit versicherungspflichtig waren oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a und 2b versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

(4) aufgehoben

§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

(1) Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die

1. als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen,

2. eine selbstständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben sowie

3. eine Beschäftigung in einem Staat, in dem die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nicht anzuwenden ist, aufnehmen und ausüben.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass

1. der Antragsteller innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat,

2. der Antragsteller unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat und

3. Versicherungspflicht (§§ 26, 27) anderweitig nicht besteht. Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, gestellt werden. Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 S. 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 3 innerhalb von einem Monat nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden.

(2) Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der Agentur für Arbeit, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem erstmals die nach Absatz 1 Satz 1 geforderten Voraussetzungen erfüllt sind. Das Versicherungspflichtverhältnis endet,

1. wenn der Versicherungsberechtigte eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezieht,

2. mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 letztmals erfüllt waren,

3. wenn der Versicherungsberechtigte mit der Beitragszahlung länger als drei Monate in Verzug ist,

4. in Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 spätestens jedoch mit Ablauf des 31. Dezember 2010.

Die Vorschriften des Ersten Abschnitts über die Versicherungsfreiheit gelten entsprechend.

§ 130 Bemessungszeitraum und Bemessungsrahmen

(1) Der Bemessungszeitraum umfasst die beim Ausscheiden des Arbeitslosen aus dem jeweiligen Beschäftigungsverhältnis abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträume der versicherungspflichtigen Beschäftigungen im Bemessungsrahmen. Der Bemessungsrahmen umfasst ein Jahr; er endet mit dem letzten Tag des letzten Versicherungspflichtverhältnisses vor der Entstehung des Anspruchs.

(2) Bei der Ermittlung des Bemessungszeitraumes bleiben außer Betracht

1. Zeiten einer Beschäftigung, neben der Übergangsgeld wegen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilübergangsgeld oder Teilarbeitslosengeld geleistet worden ist,

2. Zeiten einer Beschäftigung als Helfer im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder als Teilnehmer im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres, wenn sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 344 Abs. 2 bestimmt,

3. Zeiten, in denen der Arbeitslose Elterngeld bezogen oder Erziehungsgeld bezogen oder nur wegen der Berücksichtigung von Einkommen nicht bezogen hat oder ein Kind unter drei Jahren betreut und erzogen hat, wenn wegen der Betreuung und Erziehung des Kindes das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,

3a. Zeiten, in denen der Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen hat, wenn wegen der Pflege das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,

4. Zeiten, in denen die durchschnittliche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit auf Grund einer Teilzeitvereinbarung nicht nur vorübergehend auf weniger als 80 Prozent der durchschnittlichen regelmäßigen Arbeitszeit einer vergleich-

baren Vollzeitbeschäftigung, mindestens um fünf Stunden wöchentlich, vermindert war, wenn der Arbeitslose Beschäftigungen mit einer höheren Arbeitszeit innerhalb der letzten dreieinhalb Jahre vor der Entstehung des Anspruchs während eines sechs Monate umfassenden zusammenhängenden Zeitraums ausgeübt hat.

Satz 1 Nr. 4 gilt nicht in Fällen einer Teilzeitvereinbarung nach dem Altersteilzeitgesetz, es sei denn, das Beschäftigungsverhältnis ist wegen Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers beendet worden.

(3) Der Bemessungsrahmen wird auf zwei Jahre erweitert, wenn

1. der Bemessungszeitraum weniger als 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält oder

2. es mit Rücksicht auf das Bemessungsentgelt im erweiterten Bemessungsrahmen unbillig hart wäre, von dem Bemessungsentgelt im Bemessungszeitraum auszugehen.

Satz 1 Nr. 2 ist nur anzuwenden, wenn der Arbeitslose dies verlangt und die zur Bemessung erforderlichen Unterlagen vorlegt.

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,

2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,

3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,

4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,

5. die als Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,

6. die als Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze § 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches. Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,

7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,

8. die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2 b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von zehn Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,

2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,

3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,

4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,

5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:

a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,

b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder

c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 400,- Euro nicht übersteigt,

6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,

7. für Personen, die als Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,

8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,

9. für Personen, die als Erziehende versicherungspflichtig sind, vom Bund,

10. für Personen, die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und einen

a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,

b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.

(2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende, für Personen, die als Erziehende versicherungspflichtig sind und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.

(3) Die Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.

(4) Die Beiträge für Bezieher von Krankentagegeld sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, dass der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegend während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4a sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegezeit in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (SGB IV)

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400,- Euro nicht übersteigt,

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

Werden geringfügige Beschäftigungen ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt § 8. Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächst höheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächst höheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 33 Hilfsmittel

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung

mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des FIFten Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des FIFten Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des FIFten Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des FIFten Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 290 Krankenversichertennummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle.

Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben (ab 01.07.2008: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat) erstmalig bis zum 30. Juni 2004 gemeinsam und einheitlich den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

- (1) Personen, die weder
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
 2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
 3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
 4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
 5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen, können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.
- (2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.
- (3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.
- (4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung –

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),
 - 1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,
2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
 - 2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,
3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren,
 - 3a. für die sie von den jeweils zuständigen Trägern nach dem Zweiten Buch Arbeitslosengeld II beziehen; dies gilt nicht für Empfänger der Leistung,
 - a) die Arbeitslosengeld II nur darlehensweise oder
 - b) nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen oder
 - c) die auf Grund von § 2 Abs. 1a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben oder
 - d) deren Bedarf sich nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes oder nach § 66 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches bemisst oder
 - e) die versicherungspflichtig beschäftigt oder versicherungspflichtig selbständig tätig sind, oder eine Leistung beziehen, wegen der sie nach Satz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren. Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 13a des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen.

Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die eine Verdienstausschlagung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,
 - 1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
 2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
 - 2a. bei Personen, die Arbeitslosengeld II oder im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205,- Euro,
 - 2b. aufgehoben
 - 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld, Teilunterhaltsgeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
 3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,
 5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.
- (2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines
 1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
 - a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
 - a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, Beziehern von Arbeitslosengeld II und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
2. bei Personen, die
 - a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 400,- Euro nicht übersteigt,

- b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen von den antragstellenden Stellen,
 5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
 6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –

§ 2 Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

- (1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:
1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
 2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,
 - 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
 3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Alenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
 4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
 6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsförderung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
 7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
 8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
 9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
 10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind

Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.
 - (2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.
 - (2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.
 - (3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.
 - (4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsofferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind, wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,

4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
 5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,- Euro.
§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.
- (2) Kinder sind versichert:
1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schuloder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,
 4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.
§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.
- (3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.
- (4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

- (1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.
- (2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.
- (3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

- (1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten, soweit im Ein-

zelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflegepflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) Pflegenden Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige [bis 30.06.2008: fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen] [ab 01.07.2008: fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen] im Wege der Anteilfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen.

Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

(4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristet. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

(6) [Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen] [ab 01.07.2008: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt] mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, [bis 30.06.2008: die Spitzenverbände der Pflegekassen] [ab 01.07.2008: der Spitzenverband Bund der Pflegekassen] und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit

1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann
2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§29),
3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder
4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2); Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität; Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn
 1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
 2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnensind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt.

(4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem-Betreuungsbedarf

(1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden.

2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundsiebzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird. Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Trägern der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigung der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,
 - c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
 - d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
 - f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,

g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet, vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflegeversicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und in Nr. 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind. Für Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen

§ 110 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung:

Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. eine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe –

§ 75 Einrichtungen und Dienste

(3) Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über

1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)

Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Personen, für die nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ausüben.

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

§ 3 Pflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgeber mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(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.

§ 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 infolgedessen 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 (in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung) 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 Hundertanteils 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, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes 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.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Kalkulationsverordnung

§ 13a Übertragungswert

(3) Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 12f Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Sofern in diesen Bedingungen nichts anderes geregelt ist, gelten für die AWV die jeweiligen

Allgemeinen Versicherungsbedingungen des entsprechenden Tarifs mit Leistungsanspruch.

1. Voraussetzungen für den Abschluss

1.1 Eine Anwartschaftsversicherung (AWV) kann abgeschlossen werden für die Dauer

- a) einer Krankenversicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung – mit Ausnahme des Versicherungspflichttatbestandes gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V –, ohne dass eine Befreiung gemäß § 8 AGB V erfolgt
- b) des Anspruchs auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- c) des Anspruchs auf Heilfürsorge
- d) einer vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland
- e) einer wirtschaftlichen Notlage bei einer Krankheitskostenversicherung, die nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient.

Bei einer Krankentagegeldversicherung ist die Vereinbarung einer Anwartschaft unabhängig von einer Krankenversicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auch für die Dauer

- f) einer Berufsunfähigkeit
 - g) der Aufgabe der Erwerbstätigkeit oder
 - h) einer Arbeitslosigkeit
- möglich.

2. Versicherungsschutz

2.1 Die AWV kann für bestimmte Tarife abgeschlossen werden; sie berechtigt, in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen zu werden, wenn die Voraussetzung entfällt, wegen der die AWV abgeschlossen wurde. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht aus dem betreffenden Tarif kein Leistungsanspruch.

2.2 Es kann zwischen einer kleinen und einer großen AWV gewählt werden. Für die große AWV gelten andere Bedingungen.

3. Beiträge für die Anwartschaftsversicherung

3.1 Die Beiträge für die AWV sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie betragen einen prozentualen Anteil vom Beitrag des jeweiligen Tarifs mit Leistungsanspruch der versicherten Person.

Bei einer Beitragsanpassung des Tarifs mit Leistungsanspruch ändert sich entsprechend auch der Beitrag, der für die kleine AWV zu zahlen ist.

4. Übernahme in Tarife mit Leistungsanspruch

4.1 Entfällt die Voraussetzung, wegen der die AWV abgeschlossen wurde, wird die versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung zum gleichen Zeitpunkt in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten beantragt wird. Das gilt auch, wenn eine vereinbarte Dauer der AWV abläuft. Auf Verlangen des Versicherers ist ein Nachweis über den Wegfall der Voraussetzung vorzulegen.

4.2 Der Anspruch auf Umwandlung erlischt, wenn der Antrag nicht fristgerecht gestellt wird. In diesem Fall entscheidet der Versicherer über die Annahme eines Antrags nach Prüfung des Gesundheitszustands der versicherten Person. Er ist berechtigt, die Annahme des Antrags von besonderen Bedingungen abhängig zu machen (z.B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse). Ist der Versicherungsnehmer damit nicht einverstanden, so erlischt die Versicherung, soweit sie nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient. Im Falle einer der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung erfolgt die Weiterversicherung im Basistarif zum Ende des Monats, in dem der Versicherer Kenntnis vom Wegfall der Voraussetzungen zur AWV erhielt.

4.3 Von dem Zeitpunkt an, ab dem die versicherte Person in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen wird, ist für diesen Tarif bei der kleinen AWV der Beitrag für Neuzugänge zu zahlen, der dem tariflich erreichten Alter beim Ende der AWV entspricht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung (AWV)

Sofern in diesen Bedingungen nichts anderes geregelt ist, gelten für die AWV die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des entsprechenden Tarifs mit Leistungsanspruch.

1. Voraussetzungen für den Abschluss

1.1 Eine Anwartschaftsversicherung (AWV) kann abgeschlossen werden für die Dauer

- a) einer Krankenversicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung – mit Ausnahme des Versicherungspflichttatbestandes gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V –, ohne dass eine Befreiung gemäß § 8 AGB V erfolgt
- b) des Anspruchs auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- c) des Anspruchs auf Heilfürsorge
- d) einer vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland
- e) einer wirtschaftlichen Notlage bei einer Krankheitskostenversicherung, die nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient.

Bei einer Krankentagegeldversicherung ist die Vereinbarung einer Anwartschaft unabhängig von einer Krankenversicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auch für die Dauer

- f) einer Berufsunfähigkeit
 - g) der Aufgabe der Erwerbstätigkeit oder
 - h) einer Arbeitslosigkeit
- möglich.

2. Versicherungsschutz

2.1 Die AWV kann für bestimmte Tarife abgeschlossen werden; sie berechtigt, in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen zu werden, wenn die Voraussetzung entfällt, wegen der die AWV abgeschlossen wurde. Die Leistungspflicht umfasst dann alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der abgeschlossenen Tarife. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht aus dem betreffenden Tarif kein Leistungsanspruch.

3. Beiträge für die Anwartschaftsversicherung

3.1 Die Beiträge für die AWV sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie betragen einen prozentualen Anteil vom Beitrag des jeweiligen Tarifs mit Leistungsanspruch der versicherten Person.

3.2 Die prozentualen Beitragssätze sind abhängig vom Tarif, vom Geschlecht und von der beim Versicherer bereits zurückgelegten Versicherungsdauer. Diese berechnet sich als Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns, höchstens jedoch als Differenz zwischen dem im laufenden Kalenderjahr erreichten Alter und dem jüngsten Erwachsenenalter des Tarifs.

4. Beitragsanpassung

4.1 Im Rahmen einer Beitragsanpassung werden alle Beiträge überprüft. Diese Überprüfung betrifft auch die Beiträge für die Große AWV. Ergibt sich hierfür aufgrund veränderter Rechnungsgrundlagen eine Anpassungsnotwendigkeit, so können auch die prozentualen Beitragssätze für versicherte Personen angepasst werden.

4.2 Bei einer Beitragsanpassung des Tarifs mit Leistungsanspruch wird der angepasste Beitrag der Berechnung des Beitrags für die Große AWV zugrunde gelegt.

5. Übernahme in Tarife mit Leistungsanspruch

5.1 Entfällt die Voraussetzung, wegen der die AWV abgeschlossen wurde, wird die versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung zum gleichen Zeitpunkt in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten beantragt wird. Das gilt auch, wenn eine vereinbarte Dauer der AWV abläuft. Auf Verlangen des Versicherers ist ein Nachweis über den Wegfall der Voraussetzung vorzulegen.

5.2 Von dem Zeitpunkt an, ab dem die versicherte Person in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen wird, ist für diesen Tarif der Beitrag zu zahlen, der auch zu zahlen wäre, wenn der Tarif ununterbrochen mit Leistungsanspruch bestanden hätte.

6. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

6.1 Soweit Leistungsfreiheit eine Voraussetzung für Auszahlung oder Gutschrift einer erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung ist, besteht kein Anspruch für die Geschäftsjahre, in denen eine Große AWV bestand.

Die vorstehenden Versicherungsbedingungen gelten für Anwartschaftsvereinbarungen, die ab dem 01.01.2009 getroffen werden. Stand 03/09

Die nachfolgenden Versicherungsbedingungen gelten für Anwartschaftsvereinbarungen, die vor dem 01.01.2009 getroffen wurden. Stand 10/08

Sofern in diesen Bedingungen nichts anderes geregelt ist, gelten für die AWV die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen des entsprechenden Tarifs mit Leistungsanspruch.

1. Voraussetzungen für den Abschluss

1.1 Eine Anwartschaftsversicherung (AWV) kann abgeschlossen werden für die Dauer

- a) einer Krankenversicherungspflicht
 - b) des Anspruchs auf Familienversicherung
 - c) des Anspruchs auf Heilfürsorge
 - d) eines längeren Auslandsaufenthaltes
 - e) einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit
- oder
- f) einer besonderen Situation (z.B. finanzielle Notlage).

2. Versicherungsschutz

2.1 Die AWV kann für bestimmte Tarife abgeschlossen werden; sie berechtigt, in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen zu werden, wenn die Voraussetzung entfällt, wegen der die AWV abgeschlossen wurde. Die Leistungspflicht umfasst dann alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der abgeschlossenen Tarife. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht aus dem betreffenden Tarif kein Leistungsanspruch.

3. Beiträge für die Anwartschaftsversicherung

3.1 Die Beiträge für die AWV sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie betragen einen prozentualen Anteil vom Beitrag des jeweiligen Tarifs mit Leistungsanspruch der versicherten Person.

3.2 Die prozentualen Beitragssätze sind abhängig vom Tarif, vom Geschlecht und von der beim Versicherer bereits zurückgelegten Versicherungsdauer. Diese berechnet sich als Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns, höchstens jedoch als Differenz zwischen dem im laufenden Kalenderjahr erreichten Alter und dem jüngsten Erwachsenenalter des Tarifs.

4. Beitragsanpassung

4.1 Im Rahmen einer Beitragsanpassung werden alle Beiträge überprüft. Diese Überprüfung betrifft auch die Beiträge für die Große AWV. Ergibt sich hierfür aufgrund veränderter Rechnungsgrundlagen eine Anpassungsnotwendigkeit, so können auch die prozentualen Beitragssätze für versicherte Personen angepasst werden.

4.2 Bei einer Beitragsanpassung des Tarifs mit Leistungsanspruch wird der angepasste Beitrag der Berechnung des Beitrags für die Große AWV zugrunde gelegt.

5. Übernahme in Tarife mit Leistungsanspruch

5.1 Entfällt die Voraussetzung, wegen der die AWV abgeschlossen wurde, wird die versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung zum gleichen Zeitpunkt in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten beantragt wird. Das gilt auch, wenn eine vereinbarte Dauer der AWV abläuft.

5.2 Von dem Zeitpunkt an, ab dem die versicherte Person in den entsprechenden Tarif mit Leistungsanspruch übernommen wird, ist für diesen Tarif der Beitrag zu zahlen, der auch zu zahlen wäre, wenn der Tarif ununterbrochen mit Leistungsanspruch bestanden hätte.

6. Erfolgsabhängige

6.1 Soweit Leistungsfreiheit eine Voraussetzung für Auszahlung oder Gutschrift einer erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung ist, besteht kein Anspruch für die Geschäftsjahre, in denen eine Große AWV bestand.

Sachkostenliste I für die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung, insbesondere bei Zahnersatz und Kieferorthopädie

Stand: 2010

Informationen zur Sachkostenliste

1. Die Liste bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahn-technischen Labor als Sachkosten gemäß dem allgemeinen Teil der GOZ erbracht werden und im Rahmen des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind, soweit nichts anderes vereinbart.

2. Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.

lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*	lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*
Arbeitsvorbereitung/Modellherstellung					
1	Modell (aus Hartgips)	10,00	24	Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay in Praxis	12,00
2	Modell (aus Superhartgips)	15,00			
3	Sägemodell (Superhartgips)	18,00	25	Auswerten eines Registrates	8,00
4	Set-up-Modell	10,00	26	Split-cast	19,00
5	Kontrollmodell	8,00	27	Verwendung v. Kunststoff/Spezialmodell	23,00
6	Set-up, je Segment	13,00	28	Zahnfleischmaske je Kiefer	28,00
7	Frässockel	11,00	29	Farbauswahl, Zahnfarbenbestimmung	12,00
8	Zahnkranz	13,00	30	Kunststoffbasis für Zentrikregistrator	23,00
9	Angelieferten Zahnkranz sockeln	9,00	31	Basis aus Kunststoff	30,00
10	Stumpf aus Kunststoff/Frässtumpf	10,00	32	Individualisieren eines konfkt. Löffels	5,00
11	Sägestumpf herstellen (incl. Dowel Pin)	16,00	33	Individueller Funktionsöffel	37,00
12	Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	34	Bisswall aus Wachs	13,00
13	Einzelstumpf doublieren	10,00	35	Bisswall aus Kunststoff	20,00
14	Ausblocken eines Stumpfes	3,00	36	Registrierplatte und -stift für Basen	30,00
15	Stumpf reponieren	5,00	37	Formteil für provisorische Versorgung	23,00
16	Indiv. Frontzahnführungssteller	22,00	38	Aufst. fehlender Zahn z. Herstellung eines Formteils	5,00
17	Platzhalter	16,00			
18	Modell doublieren	16,00	39	Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay	35,00
19	Fixator	13,00	40	Gegossene Armierung für prov. Kronen/Brückenglied	44,00
20	Einstellen im Mittelwertartikulator	15,00			
21	Einstellen im individuellen Artikulator	16,00	41	Arbeiten unter Mikroskop	10,00
22	WAX-up, je Zahn	20,00	42	Modellimplantat repositionieren	10,00
23	Montage eines Gegenkiefermodelles	10,00	43	Versand, je Versandgang	5,00
			44	Implantatpfosten aufschrauben	10,00
Festsitzende Zahnversorgungen					
45	Angelieferte Modellation gießen	34,00	60	Onlay/Teilkrone Kunststoff	86,00
46	Stiftaufbau indirekt	55,00	61	Inlay, einflächig, Metall	81,00
47	Wurzelstiftkappe	75,00	62	Inlay, zweiflächig, Metall	82,00
48	Vollgusskrone	90,00	63	Inlay, drei- und mehrflächig, Metall	99,00
49	Gnathologische Kaufläche in Keramik	35,00	64	Onlay/Teilkrone Metall	99,00
50	Gnathologische Kaufläche in Metall/Glas	27,00	65	Galvanoinlay, einflächig	90,00
51	Anker für Klebe-, Adhäsiv- oder Marylandbrücke	75,00	66	Galvanoinlay, zweiflächig	96,00
52	Krone für Keramik-/Kunststoffverblendung	90,00	67	Galvanoinlay, drei- und mehrflächig	101,00
53	Mantelkrone Kunststoff	91,00	68	Galvanoteilkrone	84,00
54	Galvanokrone	79,00	69	Verblendung Keramik	96,00
55	Brückenglied massiv	64,00	70	Individuelles Charakterisieren, Keramik	27,00
56	Brückenglied für Keramik-/Kunststoffverblendung	61,00	71	Zahnfleisch/Wurzelpontic Keramik	38,00
57	Inlay, einflächig, Kunststoff	55,00	72	Keramikschiel	27,00
58	Inlay, zweiflächig, Kunststoff	66,00	73	Verblendung Kunststoff	70,00
59	Inlay, drei- und mehrflächig, Kunststoff	81,00	74	Teilverblendung Keramik	74,00
			75	Teilverblendung Kunststoff	57,00
			76	Frontzahn, gnathologisch gestalten	18,00
Vollkeramik					
77	Keramisches Inlay auch Presskeramik, einflächig	122,00	84	Veneer Keramik	179,00
78	Keramisches Inlay auch Presskeramik, zweiflächig	133,00	85	Zirkonkrone/Brückenglied, zur Verblendung	174,00
79	Keramisches Inlay auch Presskeramik, drei- und mehrflächig	148,00	86	Krone/Brückenglied aus Hartkernkeramik, z.B. Procera, In-Ceram zur Verblendung	120,00
80	Cerek-Inlay, einflächig (inkl. Cerek-Block)	122,00	87	Krone aus Presskeramik, z.B. Empress	156,00
81	Cerek-Inlay, zweiflächig (inkl. Cerek-Block)	133,00	88	Krone aus Presskeramik, zur Verblendung	85,00
82	Cerek-Inlay, drei- und mehrflächig (inkl. Cerek-Block)	148,00	89	Brückenglied aus Presskeramik z.B. Empress	130,00
83	Teilkrone Keramik	158,00	90	Brückenglied aus Presskeramik, zur Verblendung	80,00

lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*	lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*
Verbindungselemente					
91	Teleskopierende Krone primär	126,00	99	Steg, individuell, Längeneinheit	18,00
92	Teleskopierende Krone sekundär	144,00	100	Steg, konfektioniert, Grundeinheit	82,00
93	Teleskopierende Krone sekundär für Kunststoffverblendung	139,00	101	Steg, konfektioniert, Längeneinheit	5,00
94	Zuschlag für Galvanotechnik	60,00	102	Schubverteilungsarm	62,00
95	Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe primär oder individueller Riegel primär	120,00	103	Individuelles Steggeschiebe	72,00
96	Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär oder individueller Riegel sekundär	125,00	104	Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Metallbasis	80,00
97	Gefrästes Lager	61,00	105	Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Brücken-Körper	80,00
98	Steg, individuell, Grundeinheit	49,00	106	Konfektioniertes Verbindungselement	121,00
			107	Friktionsstift einarbeiten	48,00
			108	Federbolzen einarbeiten	48,00
			109	Schwenkriegel, Drehriegel komplett	201,00
Herausnehmbare Zahnversorgungen					
110	Metallbasis	146,00	119	Einfache, gebogene Halte- oder Stützvorrichtung	10,00
111	Metallbasis, Gitter gegossen	121,00	120	Sonstige gebogene Haltevorrichtung	23,00
112	Einarmige gegossene Haltevorrichtung	15,00	121	Rückenschutzplatte	51,00
113	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	24,00	122	Metallzahn/Metallkaufäche	48,00
114	Zweiarmige gegossene Halte-, Stützvorrichtung	28,00	123	Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00
115	Bonwillklammer	47,00	124	Lösungsknopf für abnehmbare Brücke	10,00
116	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	40,00	125	Lösungsknopf für Krone oder Inlay	3,00
117	Fortlaufende Klammer	13,00	126	Lösungsknopf für Friktionsprothese gegossen	10,00
118	Gegossene Auflage	17,00	127	Lösungsknopf für Friktionsprothese gebogen	8,00
			128	Kragenfassung	14,00
Metallverbindungen/Verbundsysteme					
129	Lötung gleicher Legierungen	15,00	132	Lötung nach keramischen Brand	28,00
130	Lötfreie Metallverbindung durch Laserschweißung	18,00	133	Verklebung von Sekundärteilen	13,00
131	Lötung unterschiedlicher Legierungen	18,00	134	Deckgold aufbrennen	10,00
			135	Silanisieren von Metall-/Keramikflächen	10,00
Kunststoff/Totalprothetik					
136	Aufstellung Grundeinheit	48,00	144	Basis aus Weichkunststoff	80,00
137	Aufstellung je Zahn, Wachsbasis	7,00	145	Netz einarbeiten	47,00
138	Aufstellung je Zahn, Metallbasis	8,00	146	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Kunststoff	23,00
139	Übertragung je Zahn, Metallbasis	5,00	147	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Keramik	23,00
140	Umstellen je Zahn, Wachsbasis	7,00	148	Reokkludieren einer Prothese	13,00
141	Umstellen je Zahn, Metallbasis	7,00			
142	Fertigstellung Grundeinheit	76,00			
143	Fertigstellung je Zahn, Kunststoff/Metallbasis	6,00			
Schienen/Defektversorgungen					
149	Miniplastschiene	76,00	152	Adjustierte Aufbisschiene	177,00
150	Umarbeiten Aufbissbehelf	105,00	153	Flexible Zahnfleischepithese, Grundeinheit	71,00
151	Knirscherschiene, Bissführungsplatte, Semipermanente Schiene	137,00	154	Flexible Zahnfleischepithese, je Zahn	7,00
			155	Verband- oder Verschlussplatte	76,00
Implantatprothetik					
156	Implantatschablone	45,00	163	Drehsicherungsstop	18,00
157	Parallelbohrschablone	59,00	164	Implantataufbau f. Keramikverblendung	91,00
158	Röntgen Kugeln positionieren	3,00	165	Implantataufbau Vollguss	91,00
159	CT-Schiene	60,00	166	Implantataufbau f. Stegversorgung	91,00
160	Hilfsteil in Abdruck positionieren	11,00	167	Krone aus Hartkernkeramik, z.B. Procera, In-Ceram zur Verblendung	120,00
161	Aufwand bei Suprastruktur auf Implantaten	39,00	168	Zirkonkrone, zur Verblendung	174,00
162	Verschraubung/Verbolzen bei Implantaten	38,00			

lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*	lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*
Instandsetzung Zahnersatz					
169	Teilunterfütterung	48,00	175	Zahn einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
170	Vollständige Unterfütterung	83,00	176	Klammer einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
171	Basis erneuern	101,00	177	Kunststoffsattel, Lösen u. Wiederbefestigen	21,00
172	Instandsetzung Zahnersatz, Grundeinheit	38,00	178	Prothese/Krone/Brückenglied	
173	Sprung/Bruch Kunststoff, Leistungseinheit	10,00		säubern und polieren	23,00
174	Riss/Bruch Metall, Leistungseinheit	28,00	179	Kronen-, Brückengliedreparatur	43,00
Kieferorthopädie					
180	Basis Einzelkiefergerät	57,00	194	Feder, offen	10,00
181	Basis bimaxilläres Gerät	120,00	195	Feder, geschlossen	12,00
182	Schiefe Ebene	47,00	196	Verbindungselement/intramaxillär	25,00
183	Vorhofplatte	63,00	197	Verbindungs- oder Führungselement/ intermaxillär	26,00
184	Kinnkappe	57,00		Verankerungselement	24,00
185	Aufbiss	11,00	198	Einzelement einarbeiten	12,00
186	Abschirmelement	20,00	199	Metallverbindung (KFO)	17,00
187	Weichkunststoff (KFO)	53,00	200	Einarmiges Halte- oder Abstützelement	10,00
188	Schraube einarbeiten	17,00	201	Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement	18,00
189	Spezialschraube einarbeiten	26,00	202	Grundeinheit/Instandsetzung KFO	19,00
190	Trennen einer Basis	7,00	203	Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement	8,00
191	Labialbogen	23,00	204	Remontieren KFO-Gerät	51,00
192	Labialbogen modifiziert	28,00	205		
193	Labialbogen intermaxiär	33,00			

* zuzüglich der gültigen MwSt

Sachkostenliste II für die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung, insbesondere bei Zahnersatz

Stand: 2010

Informationen zur Sachkostenliste		1. Die Liste bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahn-technischen Labor als Sachkosten gemäß dem allgemeinen Teil der GOZ erbracht werden und im Rahmen		des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind, soweit nichts anderes vereinbart. 2. Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.	
lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*	lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*
Arbeitsvorbereitung/Modellherstellung					
1	Modell (aus Hartgips)	10,00	24	Auswerten eines Registrates	8,00
2	Sägemodell (Superhartgips)	18,00	25	Remontagemodell	30,00
3	Set-up-Modell	10,00	26	Split – cast	19,00
4	Modellpaar sockeln	24,00	27	Verwendung v. Kunststoff/Spezialmodell	23,00
5	Kontrollmodell	8,00	28	Zahnfleischmaske je Kiefer	28,00
6	Set-up, je Segment	13,00	29	Farbauswahl	12,00
7	Frässockel	11,00	30	Kunststoffbasis für Zentrikregistrar	23,00
8	Zahnkranz	13,00	31	Basis aus Kunststoff	30,00
9	Angelieferten Zahnkranz sockeln	9,00	32	Individualisieren eines konfktkt. Löffels	5,00
10	Stumpf aus Kunststoff/Frässtumpf	10,00	33	Individueller Funktionslöffel	37,00
11	Sägestumpf herstellen (incl. Dowel Pin)	16,00	34	Bisswall aus Wachs	13,00
12	Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	35	Bisswall aus Kunststoff	20,00
13	Einzelstumpf doublieren	10,00	36	Registrierplatte und -stift für Basen	30,00
14	Ausblocken eines Stumpfes	3,00	37	Formteil für provisorische Versorgung	23,00
15	Stumpf reponieren	5,00	38	Aufst. fehlender Zahn z. Herstellung eines Formteils	5,00
16	Indiv. Frontzahnführungssteller	22,00	39	Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay	35,00
17	Platzhalter	16,00	40	Gegossene Armierung für prov. Kronen/Brückenglied	44,00
18	Modell doublieren	16,00	41	Arbeiten unter Mikroskop	10,00
19	Fixator	13,00	42	Modellimplantat repositionieren	10,00
20	Einstellen im Mittelwertartikulator	15,00	43	Implantatpfosten aufschrauben	10,00
21	Einstellen im individuellen Artikulator	16,00			
22	Modellpaar trimmen	13,00			
23	Montage eines Gegenkiefermodelles	10,00			
Festsitzende Zahnversorgungen					
44	Angelieferte Modellation gießen	34,00	61	Inlay, einflächig, Metall	81,00
45	Stiftaufbau indirekt	55,00	62	Inlay, zweiflächig, Metall	82,00
46	Wurzelstiftkappe	75,00	63	Inlay, drei- und mehrflächig, Metall	99,00
47	Vollgusskrone	90,00	64	Onlay/Teilkrone Metall	99,00
48	Gnathologische Kaufläche in Keramik/Glas	35,00	65	Pinledge incl. angussfähigem Pin	91,00
49	Gnathologische Kaufläche in Metall/Gold	27,00	66	Galvano-inlay, einflächig	90,00
50	Anker für Klebe-, Adhäsiv- oder Marylandbrücke	75,00	67	Galvano-inlay, zweiflächig	96,00
51	Krone für Keramik-/Kunststoffverblendung	90,00	68	Galvano-inlay, drei- und mehrflächig	101,00
52	Mantelkrone Kunststoff	91,00	69	Galvanoteilkrone	84,00
53	Galvanokrone	79,00	70	Verblendung Keramik	96,00
54	Brückenglied massiv	64,00	71	Individuelles Charakterisieren, Keramik	27,00
55	Brückenglied für Keramik-/Kunststoffverblendung	61,00	72	Zahnfleisch/Wurzelpontic, Keramik	38,00
56	Galvanobrückenglied	63,00	73	Keramikschiel	27,00
57	Inlay, einflächig, Kunststoff	55,00	74	Verblendung Kunststoff	70,00
58	Inlay, zweiflächig, Kunststoff	66,00	75	Krone oder Brückenglied für Klammer vorbereiten	12,00
59	Inlay, drei- und mehrflächig, Kunststoff	81,00	76	Krone usw. in vorhandenen Zahnersatz einarbeiten	18,00
60	Onlay/Teilkrone Kunststoff	86,00	77	Auflage in/auf Krone	10,00
Vollkeramik					
78	Vollkeramikkrone/-brückenglied zur Verblendung	174,00	81	Keramisches Inlay, drei- und mehrflächig	148,00
79	Keramisches Inlay, einflächig	122,00	82	Teilkrone Keramik	158,00
80	Keramisches Inlay, zweiflächig	133,00	83	Veneer Keramik	179,00
Verbindungselemente					
84	Teleskopierende Krone primär	126,00	91	Steg, individuell, Längeneinheit	18,00
85	Teleskopierende Krone sekundär	144,00	92	Steg, konfektioniert	82,00
86	Teleskop. Krone sekundär für Kunststoffverblendung	139,00	93	Schubverteilungsarm	62,00
87	Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe primär oder individueller Riegel primär	120,00	94	Individuelles Steggeschiebe	72,00
88	Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär oder individueller Riegel sekundär	125,00	95	Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Metallbasis	80,00
89	Gefrästes Lager	61,00	96	Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Brücken-Körper	80,00
90	Steg, individuell, Grundeinheit	49,00	97	Konfektioniertes Verbindungselement	121,00
			98	Friktionsstift einarbeiten	48,00
			99	Federbolzen einarbeiten	48,00
			100	Schwenkriegel, Drehriegel komplett	201,00

lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*	lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro*
Herausnehmbare Zahnversorgungen					
101	Metallbasis	146,00	110	Einfache, gebogene Halte- oder Stützvorrichtung	10,00
102	Metallbasis, Gitter gegossen	121,00			23,00
103	Einarmige gegossene Haltevorrichtung	15,00	111	Sonstige gebogene Haltevorrichtung	51,00
104	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	24,00	112	Rückenschutzplatte	48,00
105	Zweiarmige gegossene Halte-, Stützvorrichtung	28,00	113	Metallzahn/Metallkaufäche	20,00
106	Bonwillklammer	47,00	114	Unterfütterbarer Abschlussrand	24,00
107	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	40,00	115	Zuschlag für einzeln gegossene Klammer	17,00
108	Fortlaufende Klammer	13,00	116	Lösungsknopf	43,00
109	Gegossene Auflage	17,00	117	Individuelle Zahnfleischgestaltung	14,00
			118	Kragenfassung	
Metallverbindungen/Verbundsysteme					
119	Lötung gleicher Legierungen	15,00	122	Lötung nach keramischen Brand	28,00
120	Lötfreie Metallverbindung durch Laserschweißung	18,00	123	Verklebung von Sekundärteilen	13,00
121	Lötung unterschiedlicher Legierungen	18,00	124	Deckgold aufbrennen	10,00
			125	Silanisieren von Metall-/Keramikflächen	10,00
Kunststoff/Totalprothetik					
126	Aufstellung Grundeinheit	48,00	134	Basis aus Weichkunststoff	80,00
127	Aufstellung je Zahn, Wachsbasis	7,00	135	Netz einarbeiten	47,00
128	Aufstellung je Zahn, Metallbasis	8,00	136	Konfektionierten Verstärkungsbügel einarbeiten	47,00
129	Übertragung je Zahn, Metallbasis	5,00			
130	Umstellen je Zahn, Wachsbasis	7,00	137	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Kunststoff	23,00
131	Umstellen je Zahn, Metallbasis	7,00			
132	Fertigstellung Grundeinheit	76,00	138	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Keramik	23,00
133	Fertigstellung je Zahn, Kunststoff/Metallbasis	6,00	139	Reokkludieren einer Prothese	13,00
Schienen/Defektversorgung					
140	Miniplastschiene	76,00	143	Adjustierte Aufbisschiene	177,00
141	Umarbeiten Aufbissbehelf	105,00	144	Flexible Zahnfleischepithese, Grundeinheit	71,00
142	Knirscherschiene, Bissführungsplatte, semipermanente Schiene	137,00	145	Flexible Zahnfleischepithese, je Zahn	7,00
			146	Verband- oder Verschlussplatte	76,00
Implantatprothetik					
147	Implantatschablone	45,00	152	Drehsicherungsstop	18,00
148	Parallelbohrschablone	59,00	153	Implantataufbau für Keramikverblendung	91,00
149	Röntgen Kugeln positionieren	3,00	154	Implantataufbau Vollguß	91,00
150	Aufwand bei Suprastruktur auf Implantaten	39,00	155	Implantataufbau für Stegversorgung	91,00
151	Verschraubung/Verbolzen bei Implantaten	38,00			
Instandsetzung Zahnersatz					
156	Teilunterfütterung	48,00	162	Zahn einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
157	Vollständige Unterfütterung	83,00	163	Klammer einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
158	Basis erneuern	101,00	164	Kunststoffsattel, Lösen u. Wiederbefestigen	21,00
159	Instandsetzung Zahnersatz, Grundeinheit	38,00	165	Prothese/Krone/Brückenglied säubern und polieren	23,00
160	Sprung/Bruch Kunststoff, Leistungseinheit	10,00			
161	Riss/Bruch Metall, Leistungseinheit	28,00	166	Kronen-, Brückengliedreparatur	43,00
Kieferorthopädie					
167	Basis Einzelkiefergerät	57,00	181	Feder, offen	10,00
168	Basis bimaxilläres Gerät	120,00	182	Feder, geschlossen	12,00
169	Schiefe Ebene	47,00	183	Verbindungselement/intramaxillär	25,00
170	Vorhofplatte	63,00	184	Verbindungs- oder Führungselement/intermaxillär	26,00
171	Kinnkappe	57,00			
172	Aufbiss	11,00	185	Verankerungselement	24,00
173	Abschirmelement	20,00	186	Einzelement einarbeiten	12,00
174	Weichkunststoff (KFO)	53,00	187	Metallverbindung (KFO)	17,00
175	Schraube einarbeiten	17,00	188	Einarmiges Halte- oder Abstützelement	10,00
176	Spezialschraube einarbeiten	26,00	189	Mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement	18,00
177	Trennen einer Basis	7,00	190	Grundeinheit/Instandsetzung KFO	19,00
178	Labialbogen	23,00	191	Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement	8,00
179	Labialbogen modifiziert	28,00			
180	Labialbogen intermaxillär	33,00	192	Remontieren KFO-Gerät	51,00

* jeweils zuzüglich der gesetzlichen MwSt.

I. Inhalationen

1. Inhalationstherapie
– auch mittels Ultraschallvernebelung –
als Einzelinhalation 6,70 EUR
- 2a. Inhalationstherapie
– auch mittels Ultraschallvernebelung –
als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer 3,60 EUR
- 2b. Inhalationstherapie
– auch mittels Ultraschallvernebelung –
als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung
ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer 5,70 EUR
- 3a. Radon-Inhalation im Stollen 11,30 EUR
- 3b. Radon-Inhalation mittels Hauben 13,80 EUR

II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen

4. Krankengymnastische Behandlung
(auch auf neurophysiologischer Grundlage,
Atemtherapie) – als Einzelbehandlung –
einschließlich der erforderlichen Massage 20,00 EUR
5. Krankengymnastische Behandlung
auf neurophysiologischer Grundlage bei nach
Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen
Bewegungsstörungen (KG nach Bobath, Vojta oder PNF)
– als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 30 Min. 23,10 EUR
6. Krankengymnastische Behandlung
auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen
oder frühkindlich erworbenen zentralen
Bewegungsstörungen (KG nach Bobath bzw. Vojta)
– als Einzelbehandlung – bis zur Vollendung des
14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Min. 34,30 EUR
7. Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen)
– auch orthopädisches Turnen – je Teilnehmer 6,20 EUR
8. Krankengymnastik in einer Gruppe (2-4 Personen)
bei zerebralen Dysfunktionen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.,
je Teilnehmer 10,80 EUR
- 9a. Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose
– als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 45 Min. 34,30 EUR
- 9b. Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen)
bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen,
Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer 10,80 EUR
10. Bewegungsübungen 7,70 EUR
- 11a. Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen
im Bewegungsbad als Einzelbehandlung,
– einschl. der erforderlichen Nachruhe – 23,60 EUR
- 11b. Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer
Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen),
– einschl. der erforderlichen Nachruhe –, je Teilnehmer 11,80 EUR
- 11c. Geräteunterstützte Krankengymnastik
(KG an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten) je Sitzung
– als parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen) –
Mindestbehandlungsdauer 60 Min. 35,00 EUR
12. Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen
(Cyriax/Querfektion), Mindestbehandlungsdauer 30 Min. 22,50 EUR
13. Chirogymnastik¹⁾ – einschl. der erforderlichen Nachruhe – 14,40 EUR
14. Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP),
Mindestbehandlungsdauer 120 Min., je Behandlungstag 81,90 EUR
15. –
16. Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene) 5,20 EUR
17. Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten
(z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät,
Schlingentisch) 6,70 EUR

III. Massagen

18. Massage einzelner oder mehrerer Körperteile, auch
Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-,
Periost-, Bürsten- und Colonmassagen) 14,40 EUR
19. Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder
- 19a. Großbehandlung mind. 30 Min. 20,00 EUR
- 19b. Ganzbehandlung mind. 45 Min. 29,20 EUR
- 19c. Kompressionsbandagierung einer Extremität 8,70 EUR
20. Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt
von min. 600 Litern und einer Aggregatleistung von
min. 200 l/Min. sowie mit Druck- und Temperatur-Messeinrichtung
– einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 23,10 EUR

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

21. Heiße Rolle – einschl. der erforderlichen Nachruhe – 10,30 EUR
- 22a. Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile
– einschließlich der erforderlichen Nachruhe –
- 22a. 1) bei Anwendung wiederverwertbarer Packungsmaterialien
(z. B. Paraffin, Moorparaffin, Pelose, Turbatherm) 12,30 EUR
- 22a. 2) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden

- (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick)
ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid
- a) Teilpackung 20,50 EUR
- b) Großpackung 28,20 EUR
- 22b. Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd,
Dreiviertelpackung nach Kneipp)
– einschl. der erforderlichen Nachruhe – 14,90 EUR
- 22c. Kaltpackung (Teilpackung)
Anwendung von Lehm, Quark oder ähnlichem 7,70 EUR
- Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor,
Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung einer
Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid 15,40 EUR
- 22d. Heublumensack, Peloidkomresse 9,20 EUR
- 22e. Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz 4,60 EUR
- 22f. Trockenpackung 3,10 EUR
- 23a. Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss 3,10 EUR
- 23b. Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss 4,60 EUR
- 23c. Abklatschung, Abreibung, Abwaschung 4,10 EUR
- 24a. An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe)
– einschl. der erforderlichen Nachruhe – 12,30 EUR
- 24b. An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)
– einschl. der erforderlichen Nachruhe – 20,00 EUR
- 25a. Wechsel-Teilbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe – 9,20 EUR
- 25b. Wechsel-Vollbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe – 13,30 EUR
26. Bürstenmassagebad
– einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 19,00 EUR
- 27a. Naturmoor-Halbbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe – 32,80 EUR
- 27b. Naturmoor-Vollbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe – 39,90 EUR
28. Sandbäder – einschl. der erforderlichen Nachruhe –
- 28a. Teilbad 28,70 EUR
- 28b. Vollbad 32,80 EUR
29. Sole-Photo-Therapie-Behandlung großflächiger
Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie
(Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung
– einschl. Nachfetten und Licht-Öl-Bad)
– einschl. der erforderlichen Nachruhe. – 32,80 EUR
30. Medizinische Bäder mit Zusätzen
- 30a. Teilbad (Hand- Fußbad) mit Zusatz
(z. B. vergetabilische Extrakte, ätherische Öle,
spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige
und salizylsäurehaltige Zusätze) 6,70 EUR
- 30b. Sitzbad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe – 13,30 EUR
- 30c. Vollbad, Halbbad mit Zusatz
– einschl. der erforderlichen Nachruhe – 18,50 EUR
- 30d. Weitere Zusätze, je Zusatz 3,10 EUR
31. Gashaltige Bäder
- 31a. Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad)
– einschließlich der erforderlichen Nachruhe 19,50 EUR
- 31b. Gashaltiges Bad mit Zusatz
– einschließlich der erforderlichen Nachruhe 22,50 EUR
- 31c. Kohlendioxidbad (Kohlensäuregasbad)
– einschließlich der erforderlichen Nachruhe 21,00 EUR
- 31d. Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe 18,50 EUR
- 31e. Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat 3,10 EUR

V. Kälte- und Wärmebehandlung

- 32a. Eisanwendung, Kältebehandlung (Kryotherapie)
(z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung) 9,80 EUR
- 32b. Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) 6,70 EUR
33. Eisteilbad 9,80 EUR
34. Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung
(Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrere Körperteile 5,70 EUR

VI. Elektrotherapie

35. Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese – 6,20 EUR
36. Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte
mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeteroder Mikrowellen) 6,20 EUR
37. Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit
niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom,
Interferenzstrom, Galvanisation) 6,70 EUR
38. Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei
spastischen oder schlaffen Lähmungen 11,80 EUR
39. Iontophorese 6,20 EUR
40. Zwei- oder Vierzellenbad 11,30 EUR
41. Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad),
auch mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe – 22,00 EUR

¹⁾ Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mind. 160 Stunden mit
Abschlussprüfung anerkannt werden.

VII. Lichttherapie

42. Behandlung mit Ultraviolettlicht	
42a. als Einzelbehandlung	3,10 EUR
42b. in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60 EUR
43a. Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10 EUR
43b. Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20 EUR
44. Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 EUR
45. Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 EUR

VIII. Logopädie

46a. Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	38,00 EUR
46b. Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschl. Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	60,00 EUR
46c. Ausführlicher Bericht	14,20 EUR
47. Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
47a. Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	38,00 EUR
47b. Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	50,00 EUR
47c. Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	64,00 EUR
48. Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern	
48a. Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	18,00 EUR
48b. Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	21,00 EUR

IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)

49. Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschl. Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	36,00 EUR
50. Einzelbehandlung	
50a. bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	38,00 EUR
50b. bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	50,00 EUR
50c. bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	65,70 EUR
51. Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	38,00 EUR
52. Gruppenbehandlung	
52a. Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	18,00 EUR
52b. bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Min.	34,00 EUR

X. Sonstiges

53. Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 EUR
-------------------------------------	----------

XI. Podologische Therapie²⁾

55. Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50 EUR
56. Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70 EUR
57. Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05 EUR
58. Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25 EUR
59. Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10 EUR
60. Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50 EUR
61. Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00 EUR
62. Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 61 abrechenbar), je Person	3,50 EUR

²⁾ nur bei der Diagnose „diabetisches Fußsyndrom“ erstattungsfähig

