Tarif KNZA für Ärzte und Zahnärzte

GENERALI

MIT LEISTUNGEN FÜR AMBULANTE, STATIONÄRE UND ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Der Tarif KNZA gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 2009), Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2009). § 6 TB/KK 2009 findet keine Anwendung. Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 (1) f) RB/KK 2009 gilt sinngemäß auch für Behandlungen durch nach Nr. 1 versicherbare Personen.

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Ärzte und Zahnärzte sowie deren Ehe- oder Lebenspartner, solange sie in häuslicher Gemeinschaft leben, und deren Kinder, solange sie unterhaltsberechtigt sind.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres. Unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte kann das Versicherungsverhältnis nach einem anderen Tarif der Generali fortgesetzt werden, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif erfüllt sind.

2. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind bei

2.1 ambulanter Heilbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt Aufwendungen für:

a) ärztliche Leistungen

b) Hebammenleistungen

c) Arzneien und Verbandmittel

d) Heilmittel

e) Hilfsmittel

f) medizinisch notwendigen Transport im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie medizinisch notwendige Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation

Aufwendungen für Leistungen und Verordnungen von Heilpraktikern sind nicht erstattungsfähig.

2.2 stationärer Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt Aufwendungen für:

a) allgemeine Krankenhausleistungen

b) gesondert berechnete ärztliche Leistungen

c) Leistungen einer freiberuflichen Hebamme

d) gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer

e) medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus jeweils bis zu einer Entfernung von 100 km

2.3 zahnärztlicher Behandlung Aufwendungen für:

a) Material- und Laborkosten

b) Zahn- und Kieferregulierung bei Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr

Mit Ausnahme von b) sind Aufwendungen für Honorare nicht erstattungsfähig.

2.4 kurzfristigen Auslandsreisen mit einer Dauer von maximal 3 Monaten:

a) die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Die Mehrkosten eines Rücktransports werden auch erstattet, wenn nach Art und Schwere der Erkrankung oder Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde.

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalls für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

b) im Todesfall die notwendigen Mehrkosten, die in der Bestattung am ausländischen Sterbeort begründet sind, oder die notwendigen Mehrkosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort.

Mehrkosten sind diejenigen Kosten, welche die beim Tod des Versicherten am Heimatort üblicherweise entstehenden Kosten übersteigen.

3. Umfang der Versicherungsleistungen / Selbstbeteiligung

3.1 Unter Berücksichtigung der Nummern 3.2 bis 3.10 werden die erstattungsfähigen Aufwendungen, mit Ausnahme der nach Nr. 2.3, zu 100 % und die nach Nr. 2.3 zu 80 % erstattet.

3.2 Aufwendungen für medizinisch notwendige Sehhilfen (Augengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren insgesamt bis zu 250,00 EUR erstattet. Das Jahr des Versicherungsbeginns wird als volles Kalenderjahr gerechnet.

3.3 Die Aufwendungen nach Nr. 2.1 f) werden insgesamt bis zu 250,00 EUR je Operation erstattet.

3.4 Bei einer Entbindung kann anstelle der Erstattung der im Zusammenhang mit der Entbindung entstandenen Aufwendungen die Zahlung einer Pauschale von 1.000,00 EUR gewählt werden.

3.5 Wird bei einer stationären Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt eine gesondert berechnete Unterbringung im Einbettzimmer beansprucht, erfolgt die Erstattung hierfür abzüglich eines Eigenanteils von täglich 25,00 EUR.

3.6 Wird bei einer stationären Heilbehandlung einschließlich Entbindung und Fehlgeburt die Erstattung eines gesondert berechneten Unterkunftszuschlages nicht beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von täglich 25,00 EUR gewährt.

3.7 Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden die Versicherungsleistungen für Zahn- und Kieferregulierung einschließlich der dabei anfallenden Material- und Laborkosten (vgl. Nr. 2.3) innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren auf 3.000,00 EUR begrenzt. Das Jahr des Versicherungsbeginns wird als volles Kalenderjahr gerechnet.

3.8 Voraussetzung für die Erstattung der Aufwendungen nach Nr. 2.3 ist bei einem veranschlagten Rechnungsbetrag von mehr als 2.500,00 EUR, dass vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht wird. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft. Wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, wird der 2.500,00 EUR übersteigende Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages unter Berücksichtigung von Nr. 3.7 nur zu 40 % erstattet.

3.9 Bei Inanspruchnahme von Leistungen nach Nr. 2.4 ist der Reisebeginn nachzuweisen.

Die Mehrkosten nach Nr. 2.4 b) werden bis zu 10.000,00 EUR je Versicherungsfall erstattet.

T352 10.21 7253

3.10 Die tarifliche Leistung ergibt sich durch Abzug einer summenmäßigen Selbstbeteiligung von den nach den Nummern 3.1 bis 3.9 ermittelten Leistungen.

Die Selbstbeteiligung beträgt

1.100,00 EUR	für Personen ab dem vollendeten 21. Lebensjahr,
550,00 EUR	für Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

Die Selbstbeteiligung gilt je Person und Kalenderjahr.

Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die Selbstbeteiligung für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um jeweils 1/12.

Im Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, erhöht sich die Selbstbeteiligung ab dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat um jeweils 1/12 von 500,00 EUR für jeden verbleibenden Monat.

Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht.

4. Verzicht auf die Erstattung der Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung

Auf die Erstattung der Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung nach Nr. 2.3 kann verzichtet werden. In diesem Fall lautet die Tarifbezeichnung KNZAV.

5. Sonstiges

5.1 Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden.

5.2 Bei einer Beitragsanpassung können unter den Voraussetzungen des § 11 (1) RB/KK 2009 die im Tarif betragsmäßig festgelegten Leistungsbegrenzungen und Pauschalbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

GENERALI

FÜR DIE KRANKHEITSKOSTEN- UND KRANKENHAUSTAGEGELDVERSICHERUNG

TEIL I: RAHMENBEDINGUNGEN 2009 (RB/KK 2009)

TEIL II: TARIFBEDINGUNGEN 2009 (TB/KK 2009)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Rahmenbedingungen, Tarifbedingungen und Tarif), 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 § 19 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, bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel 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 (§ 10 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. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Kundeninformation) ist ausgeschlossen.

Teil II: § 1

zu § 1 (2) RB/KK 2009 Versicherungsfall

(1) Sofern der Tarif nichts anderes bestimmt, umfasst der Versicherungsschutz auch die Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen Arzt durchgeführt wird.

Ist davon abweichend der Behandelnde ein in eigener Praxis tätiger und im Arztregister eingetragener psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, sind psychotherapeutische Leistungen nur erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

Aufwendungen für Psychotherapie werden bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr in tariflichem Umfang erstattet.

(2) Der Versicherungsschutz der Tarife mit Leistungen für ambulante Heilbehandlung umfasst auch die Aufwendungen für die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen. Ausgenommen sind Schutzimpfungen aus Anlass von Auslandsreisen.

(3) Der Versicherungsschutz der Tarife der Krankheitskostenvollversicherung umfasst im Bereich ambulante Heilbehandlung auch Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege, wenn diese durch staatlich geprüfte Gesundheits- und Krankenpfleger durchgeführt und dadurch eine ärztliche Heilbehandlung ersetzt wird.

Teil II: § 2

zu § 1 (4) RB/KK 2009 Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Die in § 1 (4) RB/KK 2009 genannte Frist von einem Monat wird auf drei Monate ausgedehnt. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wird in der Krankheitskostenversicherung Versicherungsschutz auch über diese Frist hinaus gewährt, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherer vor Reiseantritt über Aufenthaltsdauer und -ort unterrichtet.

§ 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 Vertrags-

änderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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

Teil II: § 3

zu § 2 (2) RB/KK 2009 Versicherungsschutz bei Neugeborenen

(1) Abweichend von § 2 (2) Satz 2 RB/KK 2009 kann beim Versicherungsschutz des Neugeborenen eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung gewählt werden als die eines versicherten Elternteils.

(2) Der Versicherer erstattet die Unterbringungskosten für den gesunden Säugling bis zu 10 Tagen; über diesen Zeitraum hinaus werden die Unterbringungskosten solange gewährt, wie die Mutter nach dem Wochenbett aus Gründen medizinisch notwendiger Heilbehandlung im Krankenhaus verbleiben muss. Voraussetzung ist die fristgemäße Nachversicherung des Säuglings.

§ 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 auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung 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.

Teil II: § 4

zu § 3 RB/KK 2009 Wartezeiten

(1) zu § 3 (2) und (3) RB/KK 2009

a) Abweichend von § 3 (2) und (3) RB/KK 2009 verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenvollversicherung für den Versicherungsschutz nach Ambulant-, Stationär- und Zahntarifen bei Personen, die aus einer privaten Krankenversicherung zum Versicherer wechseln und bei denen die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt, auf die Einhaltung der Wartezeiten.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person bei dem bisherigen Versicherer Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht und entsprechend weiter vereinbart wird.

b) Abweichend von § 3 (3) RB/KK 2009 entfallen die besonderen Wartezeiten bei Unfällen.

(2) zu § 3 (4) RB/KK 2009

Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse auf den vom Versicherer vorgeschriebenen Formularen vorlegt. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung trägt der Antragsteller.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif, diesen Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen.

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

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

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

(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 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.

(7) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das

Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

Teil II: § 5

zu § 4 RB/KK 2009 Umfang der Leistungspflicht

(1) zu § 4 (1–5) RB/KK 2009 Heilbehandlung und Vorsorgemaßnahmen

Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils geltenden Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnungen überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit.

(2) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Arzneimittel

a) Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.

b) Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektionen, Weine, Mineralwässer und ähnliches werden nicht erstattet.

(3) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Heilmittel

Als Heilmittel gelten die im Gebührenverzeichnis der geltenden Gebührenordnung für Ärzte unter Abschnitt E „Physikalisch-medizinische Leistungen“ aufgeführten Leistungen, soweit sie von einem der unter § 4 (2) RB/KK 2009 aufgeführten Therapeuten oder von einem staatlich geprüften Masseur oder von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister erbracht werden.

(4) zu § 4 (3) RB/KK 2009 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich

a) die Aufwendungen für Bandagen, Blindenleitgeräte, Blindenstöcke, Bruchbänder, Epithesen, Gehstöcke, Insulinpumpen, elektronische Kehlköpfe, Kompressionsstrümpfe, Kunstaugen, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, orthopädische Therapieschuhe, Prothesen, Spezialklingeln für Gehörlose, Stoma-Versorgungsartikel, Unterarmgehstützen, Hörgeräte und handbetriebene Standardkrankenfahrstühle.

Erstattungsfähig sind auch die Reparatur und Wartung der Hilfsmittel.

Betriebskosten (Strom, Batterien etc.) sind nicht erstattungsfähig.

b) unter Beachtung von summenmäßigen Begrenzungen die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) in tariflichem Umfang.

c) die Mehraufwendungen für orthopädische Maßschuhe oder Diabetikerschutzschuhe gegenüber normalem Lederschuhwerk einmal im Kalenderjahr (Erstausstattung zwei Paar). Der jeweils gültige Betrag für „normales Lederschuhwerk“ wird in der Jahresmitteilung bekanntgegeben.

Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit der Generali über das Hilfsmittel-Management der Generali bezogen werden:

Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenlesegeräte, Heimdialysegeräte, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Krankenfahrstühle, Liege- und Sitzschalen, Motor-Bewegungsschienen, Nahrungspumpen, Pulsoximeter, Rollatoren, Sauerstoffgeräte, Schlafapnoegeräte, Schmerzmittelpumpen, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Wechseldruckmatratzen/-systeme, Blutzuckermessgeräte einschließlich der notwendigen Sensoren oder Teststreifen sowie sonstige lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. künstliches Herz).

Erstattungsfähig sind auch die Reparatur und Wartung der Hilfsmittel.

Betriebskosten (Strom, Batterien etc.) sind nicht erstattungsfähig.

(5) zu § 4 (4) RB/KK 2009 Hospizleistungen

Die freie Wahl des Krankenhauses beinhaltet auch die Unterbringung in einem Hospiz, das eine selbstständige Einrichtung der stationären Hospizversorgung ist. Soll die Versorgung der versicherten Person im häuslichen oder familiären Umfeld erfolgen, kann eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V oder ein ambulanter Hospizdienst in Anspruch genommen werden.

§ 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;

b) für vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

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

f) 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, 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, 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.

Teil II: § 6

zu § 5 (1) RB/KK 2009 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Abweichend von § 5 (1) b) RB/KK 2009 gilt: Im Rahmen der ersten stationären Entziehungsmaßnahme nach Beginn der Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen bis zu einer Dauer von drei Monaten zu 80 % erstattungsfähig. Voraussetzung ist, dass kein Anspruch gegenüber einem anderen Leistungsträger besteht und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage durch die Generali erteilt wurde.

(2) Abweichend von § 5 (1) d) RB/KK 2009 werden Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme (einschließlich Anschlussheilbehandlung) erstattet, soweit die Generali vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, ist die Generali nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

(3) Abweichend von § 5 (1) e) RB/KK 2009 werden die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel auch bei ambulanter Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet.

§ 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 Kundeninformation).

(3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigt für ihre 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.

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

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

Teil II: § 7

zu § 6 RB/KK 2009 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) zu § 6 (1) RB/KK 2009 Leistungsunterlagen

Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein.

Insbesondere müssen sie enthalten:

Vor- und Zunamen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Behandlungstage, Honorare für die einzelnen Behandlungen, den in Rechnung gestellten Krankenhauspflegesatz, die Pflegeklasse und den für Selbstzahler offiziellen Pflegesatz des aufgesuchten Krankenhauses.

(2) zu § 6 (4) RB/KK 2009 Umrechnungskurs

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank, nach jeweils neuestem Stand. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt zu einem ungünstigeren Kurs erworben und wird dies nachgewiesen, so gilt dieser Kurs.

(3) zu § 6 (5) RB/KK 2009 Überweisungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem deutschen Geldinstitut; bei anderer Zahlungsweise können die anfallenden Gebühren verrechnet werden.

Teil II: § 8

(Regelung ist gegenstandslos geworden)

§ 7 Verjährung

(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Kundeninformation) drei Jahre. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 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, 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, kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, der Erstbeitrag ist gestundet.

(5) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Kundeninformation) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(6) Für andere als die in Abs. 5 genannten Versicherungen gilt:

a) Ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate bei Eintritt des Versicherungsfalls 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 des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

b) Wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

c) Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag bzw. eine Folgebeitragsrate nicht fristgerecht zahlt, wird der Versicherer die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz.

d) Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Ablauf einer ihm gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen wurde und bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholt.

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

(8) Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Beiträge bzw. Beitragsraten von einem Konto einzieht und kann ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, kommt er in Verzug und der Versicherer kann auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Einziehungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet. Ist die Einziehung eines Beitrags bzw. einer Beitragsrate nicht möglich aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, kommt er erst in Verzug, wenn er nach Zahlungsaufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung aufzufordern.

(9) Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(10) 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 Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung 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.

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

Teil II: § 9

zu § 9 (1) RB/KK 2009 Monatliche Beitragsrate

(1) Die Höhe der Beiträge richtet sich

- nach dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person,
- in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen nach dem Geschlecht der versicherten Person,
- ggf. nach einer nach § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG (siehe Kundeninformation) übertragenen Alterungsrückstellung.

(2) Für Neugeborene ist der Beitrag vom Tage der Geburt an zu entrichten. Für mitversicherte Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt,

die bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitragsrate für mitversicherte Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres die Beitragsrate für Erwachsene zu zahlen. Dies gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 10 Abs. 2 RB/KK 2009.

Für eine im Versicherungsvertrag allein versicherte Person, für die die Beitragsrate für mitversicherte Kinder oder Jugendliche vereinbart ist, gelten die Sätze 2 bis 4 entsprechend.

(3) Bei Vertragsänderungen erfolgt die Beitragsberechnung nach § 10 RB/KK 2009.

§ 10 Beitragsberechnung, Abschluss- und Vertriebskosten, Übertragungswert

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden berücksichtigt:

- in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen das Geschlecht der versicherten Person,
- das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

(5) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten, sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen - RechVersV). Die Abschluss- und Vertriebskosten sind bereits bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Bei erstmaligem Vertragsabschluss einer substitutiven Krankheitskostenversicherung ab dem 1.1.2009 gelten außerdem die Absätze 6 und 7:

(6) Für Tarife der substitutiven Krankheitskostenversicherung, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für die Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren der Zillmerung maßgebend ist, gilt: Die gezillmerten Abschluss- und Vertriebskosten werden ab Versicherungsbeginn aus den Beitragsanteilen der gezillmerten Nettoprämie im Sinne der Kalkulationsverordnung gedeckt, die nicht kalkulatorisch für Leistungen im Versicherungsfall und nicht für die Bildung des Übertragungswertes (siehe § 17 Abs. 8) im Sinne der Kalkulationsverordnung bestimmt sind. Dies geschieht nach Maßgabe der Kalkulationsverordnung bis zur Höhe des in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zillmersatzes. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden aus den laufenden Beiträgen getilgt.

(7) Die Regelung in Abs. 6 hat keinen Einfluss auf die Höhe des Übertragungswertes. Für dessen Berechnung ist ausschließlich die Kalkulationsverordnung maßgeblich.

§ 11 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 (§ 23 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 24 Abs. 1 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

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

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

Teil II: § 10

zu § 11 (1) RB/KK 2009 Beitragsanpassung

Der Vomhundertsatz beträgt 5.

§ 12 Überschussbeteiligung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des VAG der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung 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. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

§ 13 Obliegenheiten

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

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

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

(5) Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

(6) 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.

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

§ 14 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 4, 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 13 Abs. 6 und 7 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) außerdem innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dies gilt nicht, soweit es sich um eine der Pflicht zur Versicherung genügende Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) handelt.

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

§ 15 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 Kundeninformation), 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 eine der in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall 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.

§ 16 Aufrechnung

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 17 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 versicherungspflichtig, 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. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur 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 Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.

(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 auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne 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) Abweichend von den Absätzen 1 bis 6 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG (siehe Kundeninformation) erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr

als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

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

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

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. 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 Versicherungsnehmer und versicherte Personen das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

Teil II: § 11

zu § 17 (1) RB/KK 2009 Versicherungsjahr

(1) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn vor dem 1.1.1998 gilt:

a) Der Versicherungsvertrag wird mit einer Mindestvertragsdauer von zwei Jahren abgeschlossen. Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

b) Werden nachträglich weitere Tarife abgeschlossen, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages. Die folgenden Versicherungsjahre werden dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages angepasst.

(2) Bei erstmaligem Vertragsabschluss mit Versicherungsbeginn ab dem 1.1.1998 gilt:

Der Versicherungsvertrag wird mit einer Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Pflicht zur Versicherung genügenden Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) ist jede Kündigung ausgeschlossen. Darüber hinaus ist in der substitutiven Krankenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen; dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht, sowie für eine nicht substitutive Krankheitskostenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.

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

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

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

(5) Wird eine Krankheitskostenversicherung wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, haben die versicherten Personen das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Der Versicherer hat die versicherten Personen in Textform über die Kündigung und das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären, zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von dem Fortsetzungsrecht erlangt hat.

Teil II: § 12

zu § 18 (2) RB/KK 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskostenteilversicherung und bei einer Krankenhaustagegeldversicherung, die zusammen mit einer Krankheitskostenteilversicherung besteht, auf das in § 18 (2) RB/KK 2009 festgelegte ordentliche Kündigungsrecht.

§ 19 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 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers zu erklären.

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

(3) Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 21 Gerichtsstand

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

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

(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.

§ 22 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 unabhän-

giger 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.

§ 23 Wechsel in den Standardtarif

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Kundeninformation) 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) Abs. 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 24 Wechsel in den Basistarif

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln können,

a) wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder

b) die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder

c) das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist.

Zur Gewährleistung der in Satz 1 genannten Beitragsbegrenzungen wird ein Zuschlag erhoben, der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt ist. § 23 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

(2) Der Anspruch nach Abs. 1 besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe