

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Deutschland

**Tarife
10F**

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in den Tarifen 10F. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (1.522), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenteilversicherung, die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ergänzt. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko für über die gesetzlichen Leistungen hinausgehenden Aufwendungen im vertraglichen Umfang ab.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für Krankenhaustagegeld
Den genauen Leistungsumfang des Tarifs 10F finden Sie in der Tarifbeschreibung (1.553).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welchen Tarif Sie gewählt haben und welche Selbstbeteiligung vereinbart wurde.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Ambulante und stationäre Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Aufwendungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen.
Weitere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa.
- ✓ Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monate Versicherungsschutz. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522).



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie im Antragsformular alle Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig angeben. Informationen hierzu finden Sie in der dem Versicherungsantrag vorangestellten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz.
- Der Abschluss einer weiteren Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer ist uns unverzüglich anzuzeigen. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden. Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522).
- Sie haben uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen ist jede versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Sie hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522).



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist grundsätzlich ein Jahresbeitrag, kann aber in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig. Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, insbesondere unter § 8 der MB/KK 2009 (1.522).



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und - soweit tariflich vorgesehen - dem Ablauf der Wartezeiten.
- Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.
 - Wird eine versicherte Person krankenversicherungspflichtig oder entsteht Anspruch auf Familienversicherung oder Heilfürsorge, können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt einer dieser Sachverhalte das Versicherungsverhältnis oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.
 - Hat eine Vereinbarung zur Folge, dass ab einem bestimmten Alter der Beitrag erhöht wird, auch z.B. durch die erstmalige Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung, haben Sie in Bezug auf das betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin ein Kündigungsrecht zum Eintritt der Erhöhung.
 - Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.
- Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie in § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522) in den Absätzen (1), (3), (4) und (5), die Bestimmung über den Kündigungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. unter § 14.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Stand 01.07.2023

Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen

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.

1. zu § 1 (2) MB/KK 2009 gezielte Vorsorgeuntersuchungen

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sind ohne Altersbegrenzung erstattungsfähig.

2. zu § 1 (2) MB/KK 2009 Hospiz

Als Versicherungsfall gilt auch die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht. Bei einem anderweitigen Leistungsanspruch z. B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, ist der Versicherer nur für die nach der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

(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.

3. zu § 1 (3) MB/KK 2009 Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes

Bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes darf der Erstattungs-

prozentsatz des Tarifs zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen.

Zeigt der Versicherungsnehmer Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet, in Textform an, ändert der Versicherer – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß dem jeweiligen Tarif zum Zeitpunkt, in dem die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes eintritt.

Zeigt der Versicherungsnehmer Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes später als sechs Monate nach Eintritt der Erhöhung an, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsschutz zum nächstfolgenden Monatsersten im Sinne von Absatz 1 zu ändern.

(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.

4. zu § 1 (4) MB/KK 2009 Versicherungsschutz im Ausland

a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

b) Bei längerem Aufenthalt außerhalb Europas kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

c) Für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten innerhalb und außerhalb Europas gilt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (siehe 5. zu § 5 MB/KK 2009 Gebührenordnung) entsprechend.

(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.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem

Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 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.

1. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Vertragsdauer

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.

2. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

3. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Verminderung des Beihilfebemessungssatzes

Vermindert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung, die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gezahlt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfalls des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes wird ab dem Zeitpunkt wirksam, zu dem der Beihilfebemessungssatz sich vermindert oder der Beihilfeanspruch wegfällt.

Wird der Antrag auf Erhöhung später als sechs Monate nach Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfalls des Beihilfeanspruchs gestellt, wird die Erhöhung des Versi-

cherungsschutzes vom Zeitpunkt des Eingangs des Antrages beim Versicherer an wirksam.

Die Gründe für die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder des Wegfalls des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

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

4. zu § 2 (2) MB/KK 2009 Nachversicherung Neugeborener

Das Erfordernis einer dreimonatigen Versicherung beim Versicherer entfällt, wenn beim Übertritt aus einer gleichartigen privaten Krankenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung die bisherige Versicherung mindestens drei Monate bestanden hat.

Der Versicherungsschutz umfasst im Rahmen der in § 2 Abs. 2 genannten Voraussetzungen und des gewählten Tarifs auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Gebrechen.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

1. zu § 3 (2) b) MB/KK 2009 Verzicht auf besondere Wartezeiten

Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

(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.

2. zu § 3 (4) MB/KK 2009 Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller sechs Wochen – vom Tage des Eingangs des ärztlichen Untersuchungsberichtes beim Versicherer ab gerechnet – an seinen Antrag gebunden.

Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von vierzehn Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(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.

3. zu § 3 (5) MB/KK 2009 Wartezeiten bei Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung

Das Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf ambulante und stationäre Heilbehandlung wird dem Ausscheiden aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.

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

4. zu § 3 MB/KK 2009 Wartezeitermäßigung bei Erhöhung des Versicherungsschutzes

Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes wird die Laufzeit bisheriger gleichartiger Versicherungen auf sämtliche Wartezeiten angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

1. zu § 4 (1) MB/KK 2009 erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

Wird für einen Tarif oder eine Tarifstufe durch die Mitgliedervertretung die Ausschüttung einer Beitragsrückerstattung beschlossen, so entsteht mit dem Ablauf eines Kalenderjahres ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, wenn die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif oder dieser Tarifstufe versichert war und in keinem der versicherten Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldtarife Versicherungsleistungen für sie für das abgelaufene Kalenderjahr erbracht worden sind. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entfällt jedoch, wenn

- a) für die betreffende Person im abgelaufenen Kalenderjahr weniger als zwölf monatliche Beitragsraten fällig waren,
- b) die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr für den Versicherungsvertrag nach einer Mahnung nach § 38 VVG einschließlich der Mahnkosten nicht innerhalb der dort festgelegten Zahlungsfrist gezahlt wurden, bzw. im abgelaufenen Kalenderjahr die Leistungen des Versicherers nach einer Mahnung von Beiträgen zur Pflichtversicherung ganz oder teilweise geruht haben (§ 193 Abs. 3 u. 6 VVG) bzw. im abgelaufenen Kalenderjahr bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII die Beiträge zur Pflichtversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) und Mahnkosten nach einer Mahnung nicht innerhalb der dort festgelegten Zahlungsfrist gezahlt wurden,
- c) die Versicherung dieser Person oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhevereinbarung wegen Wehrpflicht/Zivildienst am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr bestanden hat. Bei Kündigung wegen gesetzlicher Versicherungspflicht oder bei Tod bleibt ein bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung erhalten.

Maßstab für die Bemessung der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifs oder der Tarifstufe, aus denen die Beitragsrückerstattung gewährt wird. Als monatliche Beitragsrate gilt 1/12 der für diesen Tarif oder diese Tarifstufe im leistungsfreig gebliebenen Kalenderjahr entrichteten Beiträge. Beiträge zur Anwartschaftsversicherung werden hierbei nicht berücksichtigt. Die Ausschüttungen erfolgen in der zweiten Hälfte des Folgejahres als Auszahlungen oder Gutschriften oder werden als Einmalbeitrag zur dauernden Senkung des Beitrages oder zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter verwendet.

(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.

2. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 ambulante Heilbehandlung durch Ärzte und Heilpraktiker

- a) Wegegebühren werden in tarifmäßigem Umfang erstattet, wenn es dem Versicherten aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich war, den Arzt selbst aufzusuchen. Die Erstattung wird nach der Entfernung des nächst erreichbaren Arztes berechnet.
- b) Für die Dialysebehandlung leistet der Versicherer nach den Tarifen für ambulante Heilbehandlung, soweit die Dialysebehandlung nicht im Rahmen einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 ambulante Heilbehandlung in einem medizinischen Versorgungszentrum

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

4. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 Psychotherapie/Ergotherapie

Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen einschließlich der Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) werden gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Neben Ärzten können Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden, die gemäß § 95 c Sozialgesetzbuch V die Voraussetzungen für die Eintragung ins Arztregister (Approbation und Fachkundenachweis) erfüllen. Für ergotherapeutische Behandlungen können auch Ergotherapeuten in Anspruch genommen werden.

5.1 zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlungen, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen soweit der Tarif dies vorsieht. Es gelten, außer der Tarif enthält eine andere Regelung, folgende Definitionen:

Zu den Zahnbehandlungen gehören z. B. allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen, Füllungen, Inlays/Onlays, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Behandlungen von Erkrankungen der Mundschleimhaut.

Zum Zahnersatz gehören z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen (auch Einzelkronen), Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen).

Im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch erforderliche Leistungen sind ebenfalls erstattungsfähig. Beispielsweise funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, knochenaufbauende Maßnahmen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie chirurgische Leistungen.

5.2 zu § 4 (1 u. 2.) MB/KK 2009 Digitale Gesundheitsanwendungen

- a) Soweit im Tarif vereinbart, sind erstattungsfähig die Kosten für die Versorgung mit zertifizierten Medizinprodukten, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind,
 - bei der versicherten Person oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheitenoder

- die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen

zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).

- Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.
- Digitale Gesundheitsanwendungen, die die Voraussetzungen von Abs. a) erfüllen und nicht in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurden, sind erstattungsfähig, wenn sie
 - die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person unterstützen und
 - einen Nachweis für positive Versorgungseffekte erbracht haben.

Nicht erstattungsfähig sind digitale Gesundheitsanwendungen, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.
- Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von den unter Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet werden. Je Verordnung erstatten wir die Kosten für maximal 12 Monate. Danach ist eine neue Verordnung erforderlich.
- Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendersersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen selbst zur Verfügung zu stellen. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, die digitale Gesundheitsanwendung über den Versicherer zu beziehen.
- Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. abgeschlossen, sind die dort vereinbarten Vergütungsbeträge maßgeblich für die Erstattung. Anderenfalls sind die Kosten, die nach § 134 SGB V mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart worden sind, maßgeblich. Wenn es keine Vergütungsvereinbarungen gibt, werden die tatsächlichen Kosten der Erstattung zu Grunde gelegt. Die Höhe der Erstattung ergibt sich aus dem Tarif.
- Der Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, beispielsweise für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

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

6. zu § 4 (3) MB/KK 2009 Arzneimittel/Schutzimpfungen

Als Arzneimittel gelten auch bestimmte, medikamentenähnliche Nährmittel einschließlich enteraler Ernährung mit Zubehör, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden sowie Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel.

Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.

7. zu § 4 (3) MB/KK 2009 Heilmittel

Als Heilmittel gelten Hydrotherapie (z. B. medizinische Bäder), Massagen, Kälte- und Wärmetherapie (z. B. Packungen), Inhalationen, mechanische Behandlung, Lichttherapie (z. B. Behandlung mit Ultraviolettlicht), Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlung, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen.

Erstattungsfähige Heilmittel werden bis zu den beihilfefähigen Höchstsätzen erstattet. Sind Heilmittel in der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt, erstatten wir nach deren Gebührenrahmen, sofern dieser höher liegt als der beihilfefähige Höchstsatz. Aufwendungen für Massagen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen werden in diesem Fall bis zum 3,5-fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet.

Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heilberufe (z. B. Masseuren, Logopäden) erbracht werden.

8.1 zu § 4 (3) MB/KK 2009 Hilfsmittel

- Als kleine Hilfsmittel gelten Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Korrekturschienen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe, orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Gehstützen, Blindenstock.
- Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte), elektronische Lesehilfen, Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen, Infusionspumpen, Pulsoximeter, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Körpersersatzstücke (wie z. B. Epithese, Kunstauge, Kunstglieder), orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrstühle, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschl. Orientierungs- und Mobilitätstraining), Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z. B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).
- Leistungen für die unter den Absätzen a) und b) genannten Hilfsmittel werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt. Als Leistung gilt auch die Reparatur eines Hilfsmittels.
- Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel (z. B. Perücken, Haarteile), für Kontroll- und Behandlungsgeräte (z. B. Inhaliergeräte, Blutdruckmessgeräte), für sanitäre Bedarfsartikel (z. B. Massagegeräte, Heizkissen), für den Betrieb von Hör- und Sprechgeräten (z. B. Ersatzbatterien, Ladegeräte) sowie Aufwendungen zur Reinigung von Kontaktlinsen.

8.2 zu § 4 (3) MB/KK 2009 Hilfsmittel (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Hilfsmittel können gekauft oder gemietet werden.

- Als kleine Hilfsmittel gelten Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen bis zu 500,- Euro. Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker gelten, unabhängig vom Rechnungsbetrag, als kleines Hilfsmittel.
- Als große Hilfsmittel gelten Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen über 500,- Euro. Gemietete Hilfsmittel gelten, unabhängig von der Miethöhe, als große Hilfsmittel. Erstattungsfähig sind die Mietkosten.
- Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt. Mietkosten können auch in Teilbeträgen, z. B. monatlich, abgerechnet werden. Als Leistung gilt auch die Reparatur eines Hilfsmittels. Reparaturen und Zubehör werden wie das zugrunde liegende Hilfsmittel erstattet.
- Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel mit geringem therapeutischen Nutzen (z. B. Applikationshilfen für Wärme und Kälte), Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind (z. B. Laufband, Crosstrainer), Kontroll- und Behandlungsgeräte (z. B. Inhaliergeräte, Blutdruckmessgeräte) sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen). Dasselbe gilt für Aufwendungen für die Pflege und Reinigung von Hilfsmitteln (z. B. Pflegemittel) und die Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel wie Strom oder Batterien.

Besteht auch ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung, so ist der Versicherer nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Vorleistung notwendig sind.

9. zu § 4 (1–3) MB/KK 2009 Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen

Erstattungsfähig sind die infolge eines Unfalls oder medizinischen Notfalls angefallenen notwendigen Transportkosten zum und vom Arzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom und zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie. Wird der Versicherte mit einem privaten Personenkraftwagen befördert, sind die Transportkosten nach Satz 1 und 2 in Höhe von EUR 0,30 pro Kilometer erstattungsfähig.

10. zu § 4 (1–3) MB/KK 2009 nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- a) für Pflegepersonal, Desinfektionen sowie für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke;
 - b) für Nähr- und Stärkungsmittel (auch sexuelle), auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind, für Weine, Tees, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;
 - c) für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.
- (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.

11. zu § 4 (4) MB/KK 2009 Leistungen für die Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr

Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt.

12. zu § 4 (4) MB/KK 2009 Vor- und nachstationäre Behandlung

Die Kosten einer vor- und nachstationären Heilbehandlung im Sinne von § 115 a Abs. 1 u. 2 Sozialgesetzbuch V (siehe Anhang) werden im tarifmäßigen Umfang erstattet.

13. zu § 4 (4) MB/KK 2009 teilstationäre Heilbehandlung

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

- (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.

14. zu § 4 (4–5) MB/KK 2009 stationäre Heilbehandlung

Die Transportkosten mit einem je nach Lage des Falles angemessenen Transportmittel zum und vom Krankenhaus übernimmt im Rahmen des im Leistungstarif festgelegten Höchstsatzes der Versicherer, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, diese ärztlicherseits bescheinigt wird und wenn öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden konnten. Die Transportkostenerstattung wird nach der Entfernung bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus berechnet.

Für die Benutzung des eigenen Personenkraftwagens oder eines Personenkraftwagens des Ehegatten, der Eltern und Kinder erfolgt keine Erstattung.

15. zu § 4 (5) MB/KK 2009 gemischte Krankenanstalten

Der Versicherer kann sich auf die fehlende Leistungszusage gemäß § 4 (5) MB/KK 2009 nicht berufen, wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelte, wenn die Krankenanstalt die einzige in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

16. zu § 4 (1–5) MB/KK 2009 Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt

Als Behandlung wegen Schwangerschaft gilt auch ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch.

17. zu § 4 (1–5) MB/KK 2009 betragsmäßige Festlegungen

- a) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z. B. Selbstbehalt, Leistungshöchstsatze) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahr. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduzieren sich die Beträge für jeden nicht versicherten Monat um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
- b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.
- c) Der Vorstand kann zur Vermeidung unbilliger Härten über die tarifmäßigen Erstattungen hinaus Mehrleistungen gewähren.

(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) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Ver-

sicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 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 auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

1. zu § 5 Abs. 1 a) MB/KK 2009 Kriegsereignisse im Ausland

Abweichend von § 5 Abs. 1 a) MB/KK 2009 wird für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

2.1 zu § 5 (1) b) MB/KK 2009 Entziehungsmaßnahmen

- aa) Für eine erstmalige stationäre Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, wird geleistet, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat.
- ab) Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Unabhängig von dem für stationäre Behandlung vereinbarten Krankheitskostentarif sind nur Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Das Krankenhaus muss zudem im Landeskrankenhausplan aufgenommen sein.
- ac) Berechnet das Krankenhaus die Aufwendungen nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPFV), werden die Aufwendungen bis zur Höhe des niedrigsten Pauschalpflegesatzes (inkl. Arztleistungen, Heilmittel, sonstige Nebenleistungen etc.) erstattet. Berechnet das Krankenhaus neben dem Tagessatz zusätzlich Arzt- bzw. Heilmittel- oder sonstige Nebenkosten, wird der Erstattungsbetrag um einen Selbstbehalt von 20 % der Gesamtkosten gekürzt.
- ad) Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

2.2 zu § 5 (1) b) MB/KK 2009 Entziehungsmaßnahmen (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

- aa) Für bis zu drei ambulante oder stationäre Entziehungsmaßnahmen in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, wird geleistet, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat.
- ab) Die Absätze ab), ac) und ad) aus 2.1 zu § 5 (1) b) MB/KK 2009 Entziehungsmaßnahmen gelten entsprechend.
- 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;

3. zu § 5 (1) d) MB/KK 2009 Anschlussheilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass sich die Behandlung innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt.

Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so ist der Versicherer – unbeschadet eines Anspruchs auf Krankenhaustagegeld – nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

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

4. zu § 5 (1) e) MB/KK 2009 ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Der Versicherer leistet auch für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, nicht aber für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (vgl. § 5 (1) d) MB/KK 2009).

- f)
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) 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.
- (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.

5. zu § 5 MB/KK 2009 Gebührenordnung

Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Liquidation, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.

§ 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.

1. zu § 6 (1) MB/KK 2009 Leistungsunterlagen

a) Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Urschriften gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.

b) Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung einzureichen.

(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.

(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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

2. zu § 6 (6) MB/KK 2009 Krankenausweis

Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

1. zu § 8 (1) MB/KK 2009 Beitragsrate

a) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

b) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden

Kalenderjahr an gelten „Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler“ oder es ist der Beitrag für erwachsene Mitglieder mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen. Diese Beitragsänderungen gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 (5) MB/ KK 2009.

c) Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen sind in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mitversichert (vgl. aber § 5 (3) MB/KK 2009).

(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 anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine 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 ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

2. zu § 8 (4) MB/KK 2009 Fälligkeit Erstbeitrag

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

(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 Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 1,50 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Mo-

nats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt

3. zu § 8 (7) MB/KK 2009 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(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; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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.

1. zu § 8a (2) MB/KK 2009 Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

2. zu § 8a (2) MB/KK 2009 Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Deckungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes jährlich zugeschrieben und verwendet.

3. zu § 8a (2) MB/KK 2009 Zuzahlung von Einmalbeiträgen

Der Versicherungsnehmer hat nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Versicherten jederzeit das Recht, Einmalbeiträge zur dauernden Senkung der Beiträge einzuzahlen. Dieses Recht beschränkt sich auf Tarife der Krankheitskostenversicherung, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird und darf nur insoweit ausgeübt werden, als unter Berücksichtigung der Beträge gemäß Ziffer 2 der niedrigste Erwachsenenbeitrag nicht unterschritten wird. Auch bei Wechsel in einen anderen Tarif oder eine andere Tarifstufe bleibt der Nachlass grundsätzlich erhalten.

(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 (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) (entfallen)

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

zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung

Für den Vergleich der Versicherungsleistungen beträgt der tariflich vereinbarte Vomhundertsatz 7,5 %, für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt der gesetzliche Vomhundertsatz von 5 %.

§ 9 Obliegenheiten

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

zu § 9 (1) MB/KK 2009 Verzicht auf Anzeige der Krankenhausbehandlung

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

(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.

§ 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 auch 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.

(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.

1. zu § 13 (1) MB/KK 2009 Versicherungsjahr und Vertragsdauer

Vergleiche dazu die Ziffern 1 und 2 zu § 2 (1) MB/KK 2009.

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

(3) Wird eine versicherte Person versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

2. zu § 13 (3) MB/KK 2009 Ruhen der Rechte und Pflichten

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend infolge Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird, eine versicherte Person vorübergehend in eine studentische Pflichtversicherung eintreten muss oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

Der Versicherer ist leistungsfrei für alle Leistungsansprüche, die in die Ruhezeit fallen. Vom Ende der Ruhezeit an werden die vertraglichen Leistungen auch für solche Versicherungsfälle gezahlt, die während der Ruhezeit eingetreten sind. Erstattet werden die für Behandlung nach Beendigung des Ruhens entstehenden Kosten.

Krankenhaustagegeld wird für die Krankenhausbehandlung nach Beendigung des Ruhens gezahlt.

Abgesehen von der Ableistung der Wehrpflicht oder des Zivildienstes ist bei einer Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses von mehr als sechs Monaten der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erforderlich.

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

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

(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.

3. zu § 13 (10) MB/KK 2009 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

(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.

4. zu § 13 (11) MB/KK 2009 Anwartschaftsversicherung nach Kündigung

Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Wirksamwerden der Kündigung für den Zeitraum ab deren Wirksamwerden zu stellen.

5. zu § 13 (11) MB/KK 2009 Umwandlungsoption bei Krankenversicherungspflicht

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht, kann er ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenteilversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn der Umstellungsantrag innerhalb von drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der bisherige sein.

§ 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.

zu § 14 (1) und (2) MB/KK 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

(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. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 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.

zu § 15 MB/KK 2009 Trennung von Vertragsteilen

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seine Vertragsteile als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht 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

(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 höchststrichterliche 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, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit

nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung 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 hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

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

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu

einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 152 Basistarif

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

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für 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 1200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 153 Notlagentarif

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

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 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 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 Auskunft- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen 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 bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der für die tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalendertäglich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte

ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnge-
mäßige Anwendung des durch den Beihilfesatz 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 Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt
sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der
jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleis-
tungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vier-
ten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches
Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbe-
zugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leis-
tungsbezuges von weniger als einem Monat, wenn der
Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenver-
sicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

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

Auszug aus dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

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

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65.
Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorver-
sicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem
substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Ver-
sicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55.
Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamtein-
kommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsent-
geltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese
Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitli-
chen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistun-
gen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils
vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen
den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen
Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspart-
ner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen
Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung
nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen
der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsent-
geltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif
unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch
Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben,
anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf
eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen
und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt
nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften
beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei
Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10
familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach
beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei
Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren be-
rücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer
2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitli-
chen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergän-
zende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches

bei Krankheit jeweils ver-gleichbar sind und dessen Bei-
trag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz
nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer
2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Krankheitskosten-Zusatzversicherung für Gruppenversicherungsverträge mit Firmen

Stand 01.01.2024

Stationäre Heilbehandlung	Tarife SG1F/SG2F
Hilfsmittel – Kur – Ausland	Tarif WGF
Zahnersatz	Tarife ZG3F/ZH4F/ZG5F/ZG7F
Zahnbehandlung	Tarif ZGBF
Naturheilverfahren	Tarif NHF
Kostenerstattung bei Arzt oder Zahnarzt	Tarife AGF/AGZF
Vorsorge – Impfungen – Präventionskurse	Tarif VF
Krankenhaustagegeld	Tarif 10F
Krankentagegeld	Tarif TG6F

Tarife SG1F/SG2F

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- falls Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) berechnet sind: bei Inanspruchnahme

eines **Ein-** oder **Zweibett-**Zimmers aus dem Tarif SG1F

Zweibett-Zimmers aus dem Tarif SG2F

100 % der Kosten für gesondert berechnete Unterkunft und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

Diese Erstattung erfolgt auch dann, wenn die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet hat. Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird der Kürzungsbetrag erstattet.

- falls Krankenhausleistungen nicht nach der BPfIV bzw. dem KHEntG berechnet sind:

bei Belegung eines **Ein-** oder **Zweibett-**Zimmers aus dem Tarif SG1F

bei Belegung eines **Zweibett-**Zimmers aus dem Tarif SG2F nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung **100 %** des verbleibenden Rechnungsbetrages für Pflegekosten (Unterkunft, Pflege und Verpflegung), Arzt- und Operationskosten, Sonderentgelte, Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und eines notwendigen Hin- und Rücktransports zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Erbringt die gesetzliche Krankenkasse **keine** Leistungen oder hat die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet, so wird anstelle der Kostenerstattung, unabhängig von der Wahl eines Zimmers mit ein, zwei oder mehr Betten ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 48,- aus dem Tarif SG1F

EUR 36,- aus dem Tarif SG2F

gezahlt.

Zusätzlich gilt für Tarif SG1F:

Zu den ärztlichen Leistungen gehören auch ärztliche Liquidationen, denen eine von der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte abweichende, sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrundeliegt.

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland gilt dieses auch bei Überschreitung des Gebührenrahmens ohne nähere Begründung.

Zusätzlich gilt für Tarif SG2F:

Erfolgt die Behandlung in einem Einbett-Zimmer, so gelten die Erstattungsgrundsätze für den Teil des Rechnungsbetrages, der einen Selbstbehalt von EUR 30,- je Krankenhaustag übersteigt.

- Neben der Kostenerstattung wird bei Inanspruchnahme eines Zimmers mit **mehr als zwei Betten** ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 30,- aus dem Tarif SG1F

EUR 18,- aus dem Tarif SG2F

oder bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung

EUR 18,- aus dem Tarif SG1F

EUR 18,- aus dem Tarif SG2F

gezahlt.

Bei Inanspruchnahme eines Zimmers mit **mehr als zwei Betten und** bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung wird anstelle der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

EUR 48,- aus dem Tarif SG1F

EUR 36,- aus dem Tarif SG2F

gezahlt.

- Die Beträge für die unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehenen Krankenhaustagegelder und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen des Tarifs werde mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 im Rahmen der Tarifbedingungen eingeschlossen.

Option

1. Einbeziehung der Option

Die nachfolgenden Besonderen Bedingungen sind Teil des Versicherungsverhältnisses mit der versicherten Person, wenn der Versicherer die Geltung der Besonderen Bedingungen nach einer Risikoprüfung der versicherten Person bestätigt. Die Bestätigung kann von der Zahlung eines Risikozuschlages abhängig gemacht werden.

2. Besondere Bedingungen

Entfällt für eine versicherte Person bis zum Alter von 40 Jahren die Versicherungspflicht oder die Familienversicherung (ohne dass Versicherungspflicht eintritt) in der gesetzlichen Krankenversicherung, besteht für die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung von Wartezeiten in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung, der Krankentagegeldversicherung und der Pflegepflichtversicherung umzustellen, in denen sie zu diesem Zeitpunkt versicherungsfähig ist. Hierfür ist es erforderlich, dass die Umstellung spätestens 2 Monate nach dem Wegfall der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung beantragt wird und sich der beantragte Umstellungstermin unmittelbar an den Wegfall der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung anschließt. In der Krankentagegeldversicherung gilt zusätzlich, dass eine Umstellung bis zu 130 % des zum Umstellungszeitpunkt maßgebenden höchsten Krankentagegeldes der gesetzlichen Krankenversicherung möglich und eine Umstellung in den Tarif TA 2 (Karenzzeit von 2 Wochen) ausgeschlossen ist.

Die Besonderen Bedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die private Pflegepflichtversicherung, jeweils bestehend aus Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009, MB/KT 2009, MB/PPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen.

Tarif WGF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Brillen/Kontaktlinsen

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR für Brillen bzw. Kontaktlinsen.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR erstattet.

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe 5. c) zu § 4 (3) MB/KK 2009) besteht der Anspruch auf Erstattung im Abstand von 36 Monaten oder einmal jährlich bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2. Große Hilfsmittel

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages, insgesamt jedoch nicht mehr als 550,- EUR jährlich.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif. Nicht zu den verbleibenden Aufwendungen gehören gesetzlich festgelegte Zuzahlungen.

Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrstühle, Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z.B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).

3. Kurtagegeld

14,- EUR je Tag, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bei stationärer Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung leistet. Bei Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die in ihrer Ausgestaltung einer Krankenhausbehandlung entsprechen, erfolgt keine Leistung.

4. Kosten bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heil-

behandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Wegegebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten;

- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbeseitigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung; ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;
- einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen.
- Der medizinisch notwendige Rücktransport nach Deutschland wird auch vom Versicherer organisiert;
- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu 12.000,- EUR.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Die Wartezeiten entfallen. Ebenso entfällt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

Das Kurtagegeld und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

+49 711 – 9952 20 01

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Tarife ZG3F/ZH4F/ZG5F/ZG7F

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei

1. Zahnersatz

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

- im Tarif ZG3F **30 %** des Rechnungsbetrages,
- im Tarif ZH4F **40 %** des Rechnungsbetrages,
- im Tarif ZG5F **50 %** des Rechnungsbetrages,
- im Tarif ZG7F **70 %** des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde.

Im Tarif ZH4F gelten auch Inlays als Zahnersatz.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,- EUR begrenzt.

Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

2. Behandlung durch den Heilpraktiker

im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes 40 % des Rechnungsbetrages im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte im Tarif ZH4F. In den Tarifen ZG3F, ZG5F, ZG7F können Heilpraktiker nicht in Anspruch genommen werden.

Tarif ZGBF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung für:

1. Kunststofffüllungen und Inlays

jeweils 80 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs (§ 152 VAG) verbleibenden Rechnungsbetrages.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist für Kunststofffüllungen und Inlays zusammen in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 500,- EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 1.000,- EUR begrenzt.

Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung oder der Basistarif nachweislich keine Vorleistung beträgt der Erstattungsbetrag 70 %, die Begrenzungen des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages gemäß Satz 2 gelten entsprechend.

2. zahnprophylaktische Leistungen

(z. B. Professionelle Zahnreinigung)

100 % des Rechnungsbetrages bis zu 70,- EUR im Kalenderjahr. Die Wartezeit entfällt.

3. die Gesamtkosten kieferorthopädischer Behandlungen bei Kindern mit einem Eintrittsalter

- von bis zu 6 Jahren
100 % des Rechnungsbetrages bis zu 1.500,- EUR,
- von 7 bis 9 Jahren
100 % des Rechnungsbetrages bis zu 1.000,- EUR,
- ab 10 Jahren
100 % des Rechnungsbetrages bis zu 500,- EUR

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs jedoch nicht mehr als 100 % des Rechnungsbetrages.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, wenn das Kind vor Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Bei Kunststofffüllungen und Inlays entfallen dann zudem die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre.

Betragsmäßig oder prozentual festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Tarif NHF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

Naturheilverfahren

100 % des Rechnungsbetrags für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes einschließlich der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel bis zu kalenderjährlich insgesamt 1.000,- EUR. Die Erstattung ist im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 100,- EUR, im zweiten Kalenderjahr auf insgesamt 200,- EUR begrenzt. Aufwendungen für Ärzte sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, Aufwendungen für Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung.

Vorrang anderer Versicherungsleistungen

Sind Naturheilverfahren durch die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder durch ein Versicherungsverhältnis im Basistarif (§ 152 VAG) oder durch eine beim Versicherer bestehende Krankheitskosten-Zusatzversicherung mitversichert, gehen diese Leistungsansprüche den Leistungs-

ansprüchen aus dem Tarif NHF vor und sind zuerst bei dem jeweiligen Kostenträger geltend zu machen.

Nachrang anderer Versicherungsleistungen

Leistungsansprüche aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung gehen den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NHF nach, so dass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif NHF und dann – soweit ein verbleibender Rechnungsbetrag erstattungsfähig ist – tariflich aus der Krankheitskosten-Vollversicherung leistet.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Auszug aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen, 6. Auflage 2012

- Anthroposophische Medizin
- Ayurveda
- Bioenergetische Medizin
- Eigenblutbehandlungen
- Enzymtherapie
- Ernährungstherapie – komplementäre Allergiebehandlung
- Feldenkrais-Methode
- Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden
- Hyperthermie
- Kinesiologie
- Lüscher-Color-Test
- Mikrobiologische Therapie
- Neuraltherapie
- Organotherapie
- Orthomolekulare Therapie
- Osteopathie
- Physikalische Therapie
- Phytotherapie
- Proteomik – Funktionelle Proteomik nach CEIA
- Sauerstofftherapien
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
- Thermographie
- Umweltmedizin

Tarif AGF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei ambulanter Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt für

- ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegelder des Arztes,
- Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie,
- Arzneien, Verbandsmittel, Heilmittel,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers,
- Vorsorgeuntersuchungen

80 % des verbleibenden Rechnungsbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die gesetzlich festgelegten Zuzahlungen sowie die wegen der Wahl der Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem

mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

Übersteigen die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von 1.000,- EUR, so erfolgt für den darüber liegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 20 %.

Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse beendet hat, beträgt die Erstattung 40 % des Rechnungsbetrages. Heilpraktiker können nicht in Anspruch genommen werden.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs.2 und 3 MB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten.

Tarif AGZF

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kosten der Zahnbehandlung, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen

80 % des verbleibenden Restbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die wegen der Wahl als Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse beendet hat, beträgt die Erstattung **40 %** des Rechnungsbetrages.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs.2 und 3 MB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten.

Der Tarif AGZF kann nur gemeinsam mit dem Tarif AGF bestehen. Fällt Tarif AGF fort, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung im Tarif AGZF.

Tarif VF

Versicherungsleistungen

A.

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bis zu 100 % der Aufwendungen für

1. ambulante medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), die von einem approbierten Arzt vorgenommen und nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen abgerechnet werden.

Als Vorsorgeuntersuchung gilt auch eine sportmedizinische Untersuchung.

Gendiagnostische Untersuchungen sind von der Erstattung ausgenommen.

2. Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO). Unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO werden Schutzimpfungen gegen Influenza, FSME und Tollwut erstattet.

Für Schutzimpfungen, die ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise vorgenommen werden, wird nicht geleistet.

3. Präventionskurse, die in ihrer inhaltlichen und qualitativen Ausgestaltung den Anforderungen von § 20 Abs.1 des Sozialgesetzbuches, fünftes Buch (SGB V), entsprechen. Kurse, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind, erfüllen diese Voraussetzung. Dies ist vom Anbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen.

B.

Der Versicherer stellt einen Beratungsservice für die medizinische und psychologische Beratung der Versicherten zur Verfügung.

Die Beratung erfolgt anonym und kann telefonisch in Anspruch genommen werden.

Erstattungshöhe und -modalitäten

Die Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen ist begrenzt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 400,- EUR je Kalenderjahr.

Erstattung für Präventionskurse erfolgt nach Vorlage einer Teilnahmebescheinigung über mindestens 80 % der Kurseinheiten und ist begrenzt auf maximal 100,- EUR je Kalenderjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie angefallen sind, d. h. in dem die Untersuchung, Impfung oder die Teilnahme am Präventionskurs erfolgte.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs.2 und 3 MB/KK entfallen die Wartezeiten.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs können mit Zustimmung des unabhängigen mathematischen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Bei einer Änderung von § 20 Abs.1 SGB V oder des Zertifizierungsverfahrens der Zentralen Prüfstelle Prävention ist der Versicherer berechtigt, das tarifliche Leistungsversprechen hinsichtlich dieser Änderung zu überprüfen und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des unabhängigen Treuhänders neu festzulegen. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis in diesem Fall innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung außerordentlich kündigen.

Tarif 10F

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Versicherungsfall ein Krankenhaustagegeld.

Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

Das Krankenhaustagegeld wird ungekürzt ausgezahlt. Es wird nicht auf Leistungen einer etwa bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angerechnet.

Das Krankenhaustagegeld muss mindestens EUR 10,- betragen.

Hinweis:

Die Tarife SG1F, SG2F, WGF, ZG3F, ZH4F, ZG5F, ZG7F, ZGBF, NHF, AGF, AGZF, VF und 10F gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009),

Teil II: Tarifbedingungen.

Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Alter. Alterungsrückstellungen werden nicht gebildet.

Tarif TG6F

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein Krankentagegeld – auch für Sonn- und Feiertage – wenn der Versicherte infolge einer Krankheit oder Unfallverletzung völlig (100 %ig) arbeitsunfähig ist.

Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. am 43. Tag ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeit zusammengezählt.

In diesem Tarif sind versicherungsfähig alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Lohnfortzahlung von sechs Wochen stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

Das Krankentagegeld muss mindestens EUR 10,- und darf höchstens EUR 30,- betragen. Der Mindest- und Höchstbetrag des abschließbaren Krankentagegeldes kann mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der allgemeinen Einkommensentwicklung angepasst werden.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif TG6.

Ergänzende Regelungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Das Versicherungsverhältnis beruht auch auf den Regelungen des Gruppenversicherungsvertrages. Die nachfolgenden ergänzenden Regelungen aus dem Gruppenversicherungsvertrag sind Teil des Versicherungsverhältnisses und gehen, soweit sie eine von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichende Regelung treffen, diesen vor.

§ 1 Wer kann versichert werden?

(1) Nach den Gruppenversicherungstarifen können Mitarbeiter der Firma versichert werden, die einer gesetzlichen Krankenversicherung angehören und im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnen.

Der Basistarif (§ 152 VAG) ist der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt, außer für Tarif TG6F. Dies gilt auch hinsichtlich der Regelungen zu den jeweiligen tariflichen Versicherungsleistungen.

(2) Gesetzlich krankenversicherte Familienangehörige können grundsätzlich mitversichert werden. Als Familienangehörige gelten:

- Ehegatten;
- Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz;
- Lebensgefährten, welche in häuslicher Gemeinschaft mit dem Mitarbeiter leben sowie
- Kinder bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, solange sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden bzw. unterhaltsberechtigt sind.

(3) Nach Tarif VF und 10F können auch Mitarbeiter der Firma und deren Familienangehörige versichert werden, die eine private Krankheitskostenvollversicherung bei einer in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherung unterhalten.

Nach Tarif NHF können auch Mitarbeiter der Firma und deren Familienangehörige versichert werden, die eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer unterhalten.

§ 2 Können die Beiträge vom Versicherer geändert werden?

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu § 8b für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (MB/KK) entfällt. § 8b Abs.1 des Teils I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (MB/KK) erhält folgenden Inhalt:

Der Versicherer ist bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation eines Tarifs maßgeblichen Rechnungsgrundlage von mehr als 5 % berechtigt, die Prämie des Tarifs entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Bei der Berechnung werden die folgenden gemeinsamen Beobachtungseinheiten gebildet:

- Tarife WGG, WGF und WGM
- Tarife AGG, AGF und AGM
- Tarife AGZG, AGZF und AGZM
- Tarife SG1G, SG1F, SG1M, SG2G, SG2F, SG2M und SGPG
- Tarife ZG3G, ZG3F, ZG3M, ZG5G, ZG5F, ZG5M, ZG7G, ZG7F, ZG7M, ZH4G, ZH4F, ZH4M und ZGPG
- Tarife ZGBG, ZGBF und ZGBM
- Tarife 10G, 10F und 10M
- Tarife NHG, NHF und NHM
- Tarife VG, VF und VM.

Abweichend von § 8b Abs.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif TG6 (AVB/TG6) wird eine gemeinsame Beobachtungseinheit aus den Tarifen TG6F, TG6G und TG6M gebildet.

Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

§ 3 Wann endet das Versicherungsverhältnis?

(1) In Ergänzung zu § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen endet das Versicherungsverhältnis für den Mitarbeiter mit Ablauf des Monats

- a) in dem der Mitarbeiter aus dem Unternehmen ausscheidet;
- b) in dem die Krankenversicherung gemäß § 1 (1) oder (3) endet;
- c) mit der Beendigung des Gruppenvertrages;
- d) im Falle des Ruhens des Arbeitsverhältnisses (z. B. Elternzeit oder Ableistung eines Bundesfreiwilligendienstes nach BFDG) oder bei Bezug der Altersrente.

Liegt a), b) oder d) vor, ist dies dem Versicherer innerhalb von 2 Monaten durch den Versicherungsnehmer anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet bei einer verspäteten Anzeige zum Ende des Monats, in welchem der Versicherer Kenntnis vom Beendigungsgrund erlangt.

(2) In Ergänzung zu § 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen endet das Versicherungsverhältnis für Familienangehörige des Mitarbeiters mit Ablauf des Monats

- a) in dem der Mitarbeiter aus dem Unternehmen ausscheidet;
- b) in dem die Krankenversicherung gemäß § 1 (2) oder (3) endet;
- c) mit der Beendigung des Gruppenvertrages;
- d) bei Tod des Mitarbeiters;
- e) bei Wegfall der Voraussetzungen als Familienangehörige;
- f) bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses des Mitarbeiters.

Liegt a), b), d) oder e) vor, ist dies dem Versicherer innerhalb von 2 Monaten durch den Versicherungsnehmer bzw. im Falle d) durch die mitversicherten Familienangehörigen anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet bei einer verspäteten Anzeige zum Ende des Monats, in welchem der Versicherer Kenntnis vom Beendigungsgrund erlangt.

§ 4 Wie kann das Versicherungsverhältnis fortgeführt werden?

(1) In den Fällen des § 3 (1) a) und (2) a) haben der Mitarbeiter und dessen mitversicherte Familienangehörigen das Recht, innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung des Versicherungsverhältnisses, dieses ohne Risikoprüfung zu den Bedingungen der entsprechenden, nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren betriebenen Einzelversicherungen, fortzusetzen. Dies gilt entsprechend für versicherte Familienangehörige in den Fällen des § 3 (2) d), e) und f).

In den Fällen des § 3 (1) c) und (2) c) haben der Mitarbeiter und dessen mitversicherte Familienangehörigen das Recht, innerhalb von zwei Monaten ab der Beendigung des Gruppenvertrages das Versicherungsverhältnis auf eigene Rechnung zu den Bedingungen der entsprechenden Einzelversicherungen fortzuführen.

Sofern solche Einzelversicherungen nicht geführt werden, kann der Versicherte innerhalb des gleichen Zeitraumes das Versicherungsverhältnis als Versicherungsnehmer auf eigene Rechnung ohne Risikoprüfung in einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz und nicht umfangreicheren Leistungen fortsetzen, sofern er in diesem versicherungsfähig ist. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt.

(2) In den Fällen gemäß § 3 (1) d) kann der Mitarbeiter auf eigene Rechnung dieses Versicherungsverhältnis zu den Sonderkonditionen des Gruppenversicherungsvertrages fortführen.

Dies gilt entsprechend für versicherte Familienangehörige im Fall des § 3 (2) f), wenn der versicherte Mitarbeiter aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet, aber weiterhin Mitarbeiter der Firma bleibt.

Die Dauer des Ruhens nach § 3 (1) d) ist nachzuweisen.

Monatliche Beiträge in EUR (Stand 01.01.2025)

Tarif Alter	SG1F	SG2F	WGF	ZG3F	ZH4F	ZG5F
bis 20	8,52	5,43	2,33	0,16	0,90	0,37
21–65	27,02	20,75	4,59	6,17	10,24	14,12
ab 66	67,42	55,06	5,17	11,19	15,76	25,68

Tarif Alter	ZG7F	ZGBF	NHF	AGF	AGZF	10F je 1,- EUR
bis 20	0,59	8,82	15,00	36,18	20,48	0,03
21–65	22,61	9,67	35,81	140,54	17,39	0,12
ab 66	41,10	10,00	39,14	219,75	20,26	0,28

Alter	VF
bis 20	3,82
21–67	4,29
ab 68	4,88

Alter	TG6F je 1,- EUR
16–67	0,51

Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Alter.