



ARAG Kranken-Zusatzversicherung Bedingungsheft Unisex

Tarife 11, 261, 262, 282, Dent70, Dent90,
Dent90+, Dent100, 482, 483, BJunior, KJunior,
V100, FlexiPro, MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-
Bett S, MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L, 37

Stand 1.2024

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Welche Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehören zu welchem Tarif?

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen setzen sich jeweils zusammen aus Teil I (Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung), Teil II (den zugehörigen Tarifbedingungen) sowie Teil III (Tarifbeschreibung). Nicht in diesem Bedingungsheft enthalten sind etwaig vereinbarte Sonderbedingungen.

Welche Teile I und II für die von Ihnen gewählten Tarife gültig sind, entnehmen Sie der nachfolgenden Übersicht.

Tarife	Teil I	MB/KK 2009	MB/KK 2009	MB/KT 2009
	Teil II	TB/KK 2013	TB/KK 2019	TB/KT 2013
11		o		
261, 262		o		
282		o		
Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100		o		
482, 483		o		
BJunior, KJunior		o		
V100		o		
FlexiPro		o		
MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-Bett S			o	
MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L			o	
37				o

Dem Inhaltsverzeichnis können Sie entnehmen, auf welcher Seite dieses Heftes Sie die zu Ihrem Tarif gehörenden Teile I, II und III finden.

Inhalt

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex (MB/KK 2009 und TB/KK 2013).....	5
--	---

Tarifbeschreibung (Teil III) basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2013

Tarif 11: Krankenhaustagegeld-Versicherung.....	26
Tarif 261, 262: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung.....	26
Tarif 282: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte.....	27
Tarif Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte.....	28
Tarif 482: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte.....	32
Tarif 483: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte.....	34
Tarif BJunior, KJunior: Ergänzungstarife für GKV-versicherte Kinder/Jugendliche.....	37
Tarif V100: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte.....	39
Tarif FlexiPro: Optionstarif.....	41

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex (MB/KK 2009 und TB/KK 2019).....	43
--	----

Tarifbeschreibung (Teil III) basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2019

Tarif MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-Bett S: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung.....	66
Tarif MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung.....	69

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung Unisex (MB/KT 2009 und TB/KT 2013)	73
--	----

Tarifbeschreibung (Teil III) basierend auf MB/KT 2009 und TB/KT 2013

Tarif 37: Krankentagegeld-Versicherung.....	88
---	----

Ergänzende Unterlagen zum Antrag

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.....	89
--	----

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands
der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2013)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (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
- in der Krankheitskosten-Versicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - in der Krankenhaustagegeld-Versicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Absatz 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (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 Wag-nis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II

- (1) Als Versicherungsfall gelten auch
- a) Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen weiterhin sämtliche Schutzimpfungen einschließlich der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen;
 - b) jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.
- (2) In Abweichung zu Teil I Absatz 4 besteht Versicherungsschutz für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Ein entsprechender Antrag ist spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise in Textform zu stellen. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren. Der Versicherungsschutz kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden.
- (3) Die Schweiz wird den in Teil I Absatz 5 genannten Staaten gleichgestellt.
- (4) **Versicherung für zahnärztliche Behandlung**
Der Abschluss einer Versicherung für zahnärztliche Behandlung ist nur für Personen möglich, für die beim Versicherer eine Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung bereits besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird. Die Versicherung für zahnärztliche Behandlung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem für die versicherte Person keine Versicherung mehr für ambulante oder stationäre Heilbehandlung besteht.
- (5) Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, gilt die Vorschrift des Teil I Absatz 5 nicht. Die Versicherung endet in diesem Fall gemäß § 15 Teil II Absatz 1.
- (6) Der Versicherer ermöglicht im Rahmen der gesetzlichen Regelungen innerhalb der Leistungsstufen der Komfort-Klasse (K0 bis K1500) sowie innerhalb der Leistungsstufen 200 bis 209, 210 und 21P70 bis 21P90 der Tarife für ambulante Heilbehandlung den flexiblen Wechsel zwischen einzelnen Selbstbehaltstufen ohne erneute Risikoprüfung. Im Falle einer Reduzierung des Selbstbehalts gelten die Wartezeiten für die Mehrleistungen neu.
- (7) Bei Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung besteht die Möglichkeit, den während einer Elternzeit reduzierten Versicherungsumfang nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang zu erhöhen – ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Die Höherstufung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten ist innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit rückwirkend zu beantragen und erfolgt zum Ersten des Monats, der auf das Ende der Elternzeit folgt. Dabei ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.
- (8) In Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, ist Versicherungsfähigkeit nur dann gegeben, wenn für die betreffende versicherte Person gleichzeitig keine Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung bestehen, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (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 Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II

- (1) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

- (2) **Abweichend von Teil I Absatz 2 darf die Selbstbeteiligung eines mitzuversichernden Kindes auch niedriger als die eines Elternteils gewählt werden.**

§ 3 **Wartezeiten**

Teil I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen;
 - für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-Vollversicherung 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 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

- (1) **Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.**
- (2) **Für Zahnbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 1. beträgt die Wartezeit drei Monate.**
- (3) **Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.**
- (4) **In Ergänzung zu Teil I Absatz 5 wird die Vorversicherungszeit auch auf die Wartezeiten von Krankenhaustagegeld-Versicherungen, die gemeinsam mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt werden, angerechnet.**
- (5) **In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 und 2 entfallen bei erstmaligem Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherten die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Personen erstmalig in den Vertrag aufgenommen, so gilt die Regelung wie bei erstmaligem Vertragsabschluss sinngemäß. Teil I Absatz 6 bleibt hiervon unberührt.**

§ 4 **Umfang der Leistungspflicht**

Teil I

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zu-

gesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 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 Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

- (1) **Der Versicherer erstattet im tariflichen Umfang die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Unfallfolgen, ebenso für die Behandlung in der Schwangerschaft einschließlich der Entbindung sowie für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten.**
- (2) **Tarife für ambulante Heilbehandlung**
Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. **Behandlung durch Ärzte und Heilpraktiker**
 - a) In Deutschland gehören hierzu ärztliche Leistungen (wie Beratungen, Untersuchungen, konservative und operative Behandlungen, Sonderleistungen sowie Besuche und Wegegebühren) durch niedergelassene und approbierte Ärzte, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren im Sinne des § 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V und durch Ärzte in Krankenhausambulanzen. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Erstattungsfähig sind ferner Leistungen von Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Abrechnungsgrundlage ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.
 - b) Werden die unter Buchstabe a) genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.
 - c) Aus Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht, sind einmalig während der gesamten Vertragslaufzeit Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen (zum Beispiel LASIK-Operation) bis zu 1.000 Euro je Auge erstattungsfähig.
2. **Arznei- und Verbandmittel.** Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig.
3. **Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG, die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.**
4. **Heilmittel wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie, soweit diese durch staatlich geprüfte Angehörige entsprechender Heilberufe angewandt werden.** Bei Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Angiopathie und/oder Neuropathie sind die Aufwendungen für medizinische Fußpflege (Nagel- und Hornhautbehandlung) im Abstand von mindestens drei Wochen erstattungsfähig, wenn die Behandlung durch einen auf Basis des Podologengesetzes tätigen Therapeuten durchgeführt wird.
5. **Hilfsmittel**
 - a) **Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um eine körperliche Behinderung zu mildern, zu heilen oder auszugleichen. Das Hilfsmittel muss in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung bezogen werden. Es ist eine ärztliche Verordnung – auf Verlangen des Versicherers mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität – vorzulegen. Das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro sind ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen, werden 80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbe-**

trags für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt. Als Bezugspreis gilt der Preis für die gesamte Versorgung.

Auch die Aufwendungen für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung sind erstattungsfähig, die Höhe der Erstattungen für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Betrieb (zum Beispiel Strom, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln sowie für Zusatzgarantieleistungen.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist die Kostenerstattung für Neuanschaffung, Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln nicht eingeschlossen.

- b) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, gelten für Sehhilfen nachstehende Regelungen:
Erstattungsfähig sind Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 Euro und Brillengläser. Ein erneuter Anspruch entsteht, wenn sich die Sehstärke zumindest eines Auges seit dem letzten Bezug um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat oder seit dem letzten Bezug mindestens 24 Monate vergangen sind. Nah- und Fernbrillen werden dabei gesondert betrachtet. Die Aufwendungen für Reparaturen sind ebenfalls erstattungsfähig.
Kontaktlinsen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen.
6. Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Es ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Bei eindeutigen Krankheitsbildern (zum Beispiel bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.
7. Schwangerschaft und Entbindung
 - a) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
 - b) Ärztliche Leistungen und Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers bei einer Hausentbindung.
 - c) Ambulante Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.
 - d) Es sind die Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik bis zu einem Betrag von insgesamt 100 Euro erstattungsfähig. Die Beratung und Unterstützung der Mutter durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld ist in den ersten zehn Tagen nach der Geburt des Kindes versichert, wobei der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf insgesamt 500 Euro begrenzt ist. Ab dem elften Tag bis zu acht Wochen nach der Entbindung sind Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 Euro erstattungsfähig, wenn diese medizinisch notwendig sind. Es ist auf Verlangen des Versicherers eine ärztliche Begründung vorzulegen. Es werden nur Kostennoten auf Basis der jeweils gültigen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) akzeptiert.
 - e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Aufwendungen für Psychiatrie und Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen und approbierten Arzt bzw. von einem niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird, jedoch aus allen versicherten Tarifen insgesamt für höchstens 50 Behandlungsstunden im Kalenderjahr. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).
9. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 4. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
10. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
11. Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Zur Behandlungspflege gehören zum Beispiel Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung. Vom Begriff der Behandlungspflege nicht erfasst werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.
Die Leistungen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Versicherer und sind auf vier Wochen je Versicherungsfall befristet. Leistungen von anderen Kostenträgern, zum Beispiel der Pflege-Pflicht- oder Pflege-Zusatzversicherung, sind anzurechnen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
12. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag wird um eine Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 30 Prozent gekürzt. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

13. Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten gemäß § 33a SGB V Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Die Anwendung muss durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen sein; bei der versicherten Person muss eine der im DiGA-Verzeichnis bei der Anwendung aufgeführten medizinischen Indikationen vorliegen.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit auch im Verzeichnis gelistete Anwendungen, bei denen jedoch die Diagnose der versicherten Person nicht den im Verzeichnis aufgeführten Anwendungsgebieten entspricht, erstattungsfähig. Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung – unabhängig davon, ob diese im DiGA-Verzeichnis gelistet ist oder nicht – eine Rahmenvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine Erstattungsvereinbarung mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so werden gleichfalls auch die darin aufgeführten medizinischen Indikationen anerkannt.

Die digitale Gesundheitsanwendung muss ärztlich oder von einem in Ziffer 8. genannten Psychotherapeuten verordnet werden. Die Aufwendungen werden je Verordnung für die verordnete Anwendungsdauer, jedoch maximal für zwölf Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Die Aufwendungen sind jeweils bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Vergütung gemäß § 134 SGB V (unabhängig von der medizinischen Indikation) verlangen kann. Hat der Anbieter eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine solche mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so sind höchstens die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für das zur Nutzung erforderliche Endgerät einschließlich der Kosten für die mobile Anbindung und den Betrieb, etwa für Betriebssystem, Internet, Strom oder Batterien, sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung für digitale Gesundheitsanwendungen nicht eingeschlossen.

(3)

Tarife für stationäre Heilbehandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre und teilstationäre Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen wie Krankenpflege, Unterbringung und Verpflegung. Sofern der Tarif es vorsieht, ist die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer möglich.
2. Ärztliche Leistungen wie konservative und operative Behandlungen einschließlich Operationsnebenkosten, Visiten und Sonderleistungen zum Beispiel durch Chefärzte und andere Krankenhausärzte oder Belegärzte. Abrechnungsgrundlage ist bei Behandlungen in Deutschland die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und in bestimmten Fällen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.
3. Arznei- und Verbandmittel. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig.
4. Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG und die Anwendung von medizinischen Geräten (zum Beispiel Herz-Lungen-Maschine), die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.
5. Versorgung mit Heilmitteln wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie.
6. Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
7. Schwangerschaft und Entbindung
 - a) Aufwendungen für Entbindung einschließlich der Leistungen von Hebammen, Beleghebammen, Entbindungspflegern und Belegentbindungspflegern. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, sind für die Dauer des stationären Aufenthalts der Wöchnerin erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger dafür leistungspflichtig ist.
 - b) Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers mit anschließender stationärer Betreuung im Wochenbett.
 - c) Aufwendungen für Schwangerschaftskomplikationen und Bauchhöhlenschwangerschaft.
 - d) Aufwendungen für Fehlgeburt.
 - e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.

8. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 5. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
9. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
10. Kosten, die während eines Auslandsaufenthalts durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport eines Erkrankten in ein Krankenhaus in Wohnortnähe bzw. ein anderes geeignetes Krankenhaus in Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, sind diese Transportkosten nicht eingeschlossen.
11. Kosten für eine Begleitperson: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet.
12. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
13. In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn
 - a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte,
 - b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war,
 - c) während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte, oder
 - d) er bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Berichte feststellt, dass er bei fristgerechtem Antrag eine Zusage gegeben hätte.
14. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Abgedeckt sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag wird um eine Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 30 Prozent gekürzt. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
15. Bei notwendigem stationärem Hospizaufenthalt wird die Leistung erbracht, die von der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland erbracht würde. Die Leistung ist zunächst auf vier Wochen begrenzt. Verlängerungen sind auf Antrag des Hospizarztes möglich. Leistungen anderer Kostenträger, zum Beispiel aus der Pflegeversicherung, werden angerechnet.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
16. Aufwendungen für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch einen behandelnden Arzt oder Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(4)

Tarife für zahnärztliche Behandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzt. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder gegebenenfalls die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.

1. Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten die Gebühren für
 - a) allgemeine zahnärztliche Leistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit Aufwendungen für Zahnersatz und/oder Kieferorthopädie stehen,
 - b) prophylaktische Leistungen wie Beratung zur Verhütung von Karies und Parodontose (jedoch ab dem vollendeten 21. Lebensjahr nur noch einmal pro Kalenderjahr), Kariesvorbeugung durch lokale Fluoridierung oder lokale Anwendung von Medikamenten sowie professionelle Zahnreinigung,
 - c) konservierende Leistungen (zum Beispiel Versiegelungen, Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen), nicht jedoch für Kronen,
 - d) chirurgische Leistungen (zum Beispiel Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien),
 - e) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
 - f) zahnärztliche Röntgendiagnostik,
 - g) Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
 - h) die zu den Leistungen gemäß 1 a) bis 1 g) gehörigen Material- und Laborkosten.
 - i) Zu Zahnbehandlung zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnbehandlungsmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen

gen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

2. Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten die Gebühren für
 - a) Kronen und Teleskopkronen sowie Onlays,
 - b) prothetische Leistungen (wie Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
 - c) implantologische Leistungen (Implantate, Knochenaufbau und Sinuslift) einschließlich Suprakonstruktionen,
 - d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gebissfunktionsprüfung),
 - e) die zu den Leistungen gemäß 2 a) bis 2 d) gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten.
 - f) Zu Zahnersatz zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
3. Als Aufwendungen für Kieferorthopädie gelten die Gebühren für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten.
Zu Kieferorthopädie zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Kieferorthopäden bzw. Zahnarzt.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(5) Tarife für Krankenhaustagegeld

1. Die Versicherungsleistungen unterliegen keiner zeitlichen Begrenzung, ausgenommen die Leistungen für Tuberkulose und psychische Erkrankungen und Störungen.
2. Bei stationärer Behandlung tuberkulöser Erkrankungen in Tbc-Heilstätten oder Tbc-Sanatorien werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen gezahlt. Versicherte, die diese Leistungen erhielten, haben nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom letzten Tag an, für den eine Leistung gezahlt wurde, Anspruch auf eine einmalige Wiederholung der gleichen Leistungen.
3. Bei stationärer Behandlung von psychischen Erkrankungen und Störungen – gleich welchen Ursprungs – werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen innerhalb der Vertragsdauer gezahlt.
4. Bei einer ärztlich angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird vom sechsten Tage an die tarifliche Leistung gezahlt, wenn durch Vorlage einer bundeswehrärztlichen Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung anstelle einer objektiv-medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.
5. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
6. Teil II Absatz 3 Ziffer 13. gilt entsprechend.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

(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;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) (entfallen);
- 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 Auf-

wendungen 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 Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II

- (1) **Die Leistungseinschränkung für durch Kriegereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Absatz 1 a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.**
- (2) **Entgiftungsmaßnahmen fallen nicht unter die in Teil I Absatz 1 b) aufgeführten Einschränkungen. Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) werden abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe b) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 12. und Absatz 3 Ziffer 14. geschilderten Rahmen vom Versicherungsschutz erfasst.**
- (3) **Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 e) entfällt.**

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (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.

Teil II

- (1) **Es sind die Originalrechnungen oder Duplikate mit Erstattungsangaben anderer Kostenträger einzureichen. Diese müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung bzw. bei Auslandsbehandlungen Aufstellung der Einzelleistungen, die Behandlungsdaten sowie Beginn und Ende der stationären Krankenhausbehandlung. Außerdem muss nachgewiesen werden, in welcher Pflegeklasse des Krankenhauses die Behandlung stattgefunden hat. Verordnungen sind zusammen mit der Behandlungskostenrechnung vorzulegen.**
- (2) **Für die Auszahlung des Krankenhaustagegelds genügt die Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, aus der der Name des Patienten, Bezeichnung der behandelten Krankheit sowie Beginn und Ende der stationären Heilbehandlung hervorgehen müssen.**
- (3) **Krankenausweis**
Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (Teil I Absatz 6) insoweit nicht.
- (4) **Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.**

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- (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 Beitragsanteil 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 Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 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 Prozent des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.
Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- (7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungs-

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

- (8) 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 aufgrund des § 19 Absatz 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.

Teil II

- (1) **Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 2 Prozent bei halbjährlicher bzw. 4 Prozent bei jährlicher Beitragszahlung.**
- (2) **Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten des Geburtsmonats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.**
- (3) **Abweichend von Teil I Absatz 4 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.**
- (4) **Beitragsrückerstattung**
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.
- (5) **Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Retourgebühren) geltend zu machen.**

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

- (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.
- (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.

Teil II

- (1)
- 1. Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.**
 - 2. Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche. Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.**
 - 3. Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.**
- (2) **Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung jährlich zugeschrieben und verwendet.**

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigen-

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

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

Teil II

(1) Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.

(2) Bei Krankenhauskostentarifen wird bei Beitragsanpassungen gleichzeitig geprüft, ob eine Erhöhung im Tarif genannter Krankenhaustagegelder und Mindestleistungen möglich ist.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Krankheitskosten-Versicherungsvertrag 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 Krankenhaustagegeld-Versicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung gemäß Teil I Absatz 1 wird verzichtet. § 4 Teil I Absatz 5 bleibt hiervon unberührt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 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

Teil I

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur

Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Teil I

- (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.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-Versicherung 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 Krankheitskosten-Versicherung 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 Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren 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 Absatz 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 Schluss 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 Absatz 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absatz 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 Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrags (§ 195 Absatz 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 Übertragungswerts nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Teil II

- (1) **Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.**
- (2) **Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.**
- (3) **Die Kündigung gemäß Teil I Absatz 3 kann zum Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, der entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Hiermit endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I.**
- (4) **Bei Kündigungen nach Teil I Absatz 3 besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskosten-Teilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.**
- (5) **Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.**
- (6) **Teil I Absatz 8 Satz 2 gilt nicht für Tarife mit Übertragungswert, wenn der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 mit Tarifen ohne Übertragungswert abgeschlossen und zu einem späteren Zeitpunkt beim Versicherer in Tarife mit Übertragungswert umgestellt wurde. Der Aufbau des mitgabefähigen Übertragungswerts beginnt in diesem Fall ab Beginn der Versicherung in den Tarifen mit Übertragungswert.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskosten-Vollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeld-Versicherung oder einer Krankheitskosten-Teilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (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 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

Die in Teil I Absatz 2 beschriebene Kündigungsmöglichkeit gilt nicht für Krankheitskosten-Teilversicherungen.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (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 Aufenthalts in einen anderen Staat als die in §1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II

- (1) **Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarifen für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen (GKV)**
Die Beendigung der Mitgliedschaft bzw. der Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis endet insoweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Veränderung. Der Nachweis über die Veränderung muss dem Versicherer innerhalb von drei Monaten ab dem Änderungszeitpunkt zugehen. Die Fortsetzung der Versicherung nach einem anderen Tarif des Versicherers, in dem die versicherte Person versicherungsfähig ist, kann in Textform beantragt werden.
- (2) Entsprechend § 1 Teil II Absatz 3 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Absatz 3 betroffenen Staaten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Teil II

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt die Beihilfeberechtigung, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung der Krankheitskosten-Versicherung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit oder erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, 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 Veränderung gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall der Beihilfeberechtigung ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder die Beihilfeberechtigung entfällt, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Veränderung sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

- (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

Teil I

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags, die die in § 257 Absatz 2 a Nr. 2, 2 a und 2 b 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 Absatz 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- 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

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung 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 Absatz 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 (zum Beispiel 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.

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 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 Krankheitskosten-Versicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 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 dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskosten-Versicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(...)

§ 195 Versicherungsdauer

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

(...)

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

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

(...)

§ 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 Aufwundererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) (...)
- (1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.
- (...)

§ 257 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Beitragszuschüsse für Beschäftigte

- (1) (...)
- (2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder aufgrund von § 6 Absatz 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrags, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Absatz 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.
- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§12 Absatz1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach §6 Absatz7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach §10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

(...)

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

§1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung **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 Absatz2 und die §§1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarifbeschreibung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KK 2013) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif 11:

Krankenhaustagegeld-Versicherung

Leistungen

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe des vereinbarten Tagessatzes für jeden Tag einer vollstationären Heilbehandlung gezahlt. Der Tagessatz kann ein Vielfaches von 1 Euro betragen.

Tarif 261, 262:

Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder auf Heilfürsorge haben, sowie Beihilfeberechtigte, deren beihilfefähige Aufwendungen auf eine Behandlung im Mehrbettzimmer begrenzt sind.

In Ergänzung zu § 15 Teil II Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten die dort für die Beendigung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellten Regelungen entsprechend für die Beendigung des Anspruchs auf Heilfürsorge oder Beihilfe; insbesondere ist demnach die Beendigung des Anspruchs auf Heilfürsorge oder Beihilfe dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Leistungen

Nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger werden in der Tarifstufe

- 261** für Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen,
für Krankenhausleistungen, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die zusätzlichen ärztlichen Leistungen zu 100 Prozent erstattet.
- 262** für Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, für Krankenhausleistungen, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind, die zusätzlichen Kosten für die Unterkunft im Zweibettzimmer und die zusätzlichen ärztlichen Leistungen zu 100 Prozent erstattet.
Wird in der Tarifstufe 262 die Unterbringung im Einbettzimmer in Anspruch genommen, so werden die Kosten erstattet, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.

Bei einer ambulanten Operation in einem nach den MB/KK anerkannten Krankenhaus, die eine an sich gebotene vollstationäre Heilbehandlung ersetzt, werden die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 Prozent ersetzt. Erstattungsfähig sind nur Kosten für ambulante Operationen durch Ärzte, die am Krankenhaus angestellt sind, sowie durch Belegärzte. Eine Vorleistung der GKV wird in Abzug gebracht.

Ferner werden in beiden Tarifstufen die nach Vorleistung durch die GKV oder andere Kostenträger verbleibenden Kosten einer im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführten ambulanten Vor- oder Nachbehandlung im Krankenhaus zu 100 Prozent erstattet.

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

Verbleiben bei der Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses nach Vorleistung der GKV Kosten für die Allgemeine Pflegeklasse, so sind diese für Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland gleichfalls erstattungsfähig. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

Werden versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt.

Im Einzelnen gilt:

Leistungsstufen	261	262
Krankenhaustagegeld bei Unterbringung im Drei- und Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) €	26	16
bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung €	16	16
bei Verzicht auf sämtliche tariflichen Leistungen €	42	32

Kinder erhalten in Tarifstufe 262 jeweils die Hälfte, in Tarifstufe 261 jeweils 2/3 dieser Krankenhaustagegeld-Sätze.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, auf Heilfürsorge oder Beihilfe besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung des anderen Kostenträgers über die gezahlten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV oder Heilfürsorge sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Lehnt die gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderer Kostenträger die Leistungen ab, werden die tariflichen Leistungen insoweit gezahlt, als sie bei Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers verblieben wären.

Tarif 282: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Leistungen

- 1. Sehhilfen**
Erstattung von 80 Prozent der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) bis zu 155 Euro pro Versicherungsjahr. Erfolgt keine Vorleistung der GKV, entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.
- 2. Heilmittel**
Die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten (Zuzahlung) werden, soweit sie unter § 4 Teil II Absatz 2 4. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen fallen, zu 100 Prozent erstattet.
- 3. Behandlungen durch Heilpraktiker**
Erstattungsfähig sind die Kosten für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses sowie für die von ihm verordneten Medikamente, Heil- und Verbandmittel zu 50 Prozent des Rechnungsbetrags, jedoch höchstens 260 Euro pro Versicherungsjahr. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.
- 4. Leistungen bei Auslandsreisen**
Der Versicherer erstattet bei Auslandsreisen bis zu 42 Tagen Dauer die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, akuter Verschlechterung des Gesundheitszustands oder akuter Folgen eines Unfalls. Außerdem sind die im Falle des Todes der versicherten Person entstehenden Bestattungs- und Überführungskosten erstattungsfähig.
 - 4.1 Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten
 - a) für ärztliche Heilbehandlung;
 - b) für Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
 - c) für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
 - d) für Röntgendiagnostik;
 - e) für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt; bei einem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zu zwölf Jahren sind zusätzlich die Kosten der Unterkunft einer nahestehenden Person im selben Krankenzimmer erstattungsfähig;
 - f) für den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus;
 - g) die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen

bis 500 Kilometer. Der Rücktransport wird auch übernommen, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde und der Versicherer vor dem Rücktransport um die Organisation der Durchführung ersucht worden ist. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen;

- h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.250 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

4.2 Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- b) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruchs sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber für medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen unvorhergesehen während der Reise auftretenden Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten, Fehlgeburten oder medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen geleistet, oder wenn unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist; Kostenersatz wird auch geleistet, wenn der Auslandsaufenthalt infolge vorherigen Eintritts eines Versicherungsfalles oder dessen Folgen über die 36. Schwangerschaftswoche hinaus ausgedehnt werden musste;
- c) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- d) für Krankheiten und deren Folgen, wenn die Behandlung anlässlich einer Berufstätigkeit im Ausland erforderlich war;
- e) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind.

Kostenersatz im Sinne von 4.1 a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.

4.3 Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 4.1 zu 100 Prozent.

4.4 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts, spätestens nach einer Verweildauer von sechs Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

4.5 In Abweichung von § 6 Teil I Absatz 5 der AVB werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen. Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 3 der AVB entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II Absatz 3 der AVB gilt nicht für Auslandsreisen.

4.6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Sofern Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Der Versicherer ist zur Leistung bezüglich des Punktes 2 nur verpflichtet, wenn eine Vorleistung der GKV vorliegt.

Tarif Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der GKV für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Dent70, Dent90, Dent90+ oder Dent100 abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

Die Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I) sowie die zugehörigen Tarifbedingungen (Teil II), soweit in dieser Tarifbeschreibung (Teil III) nicht etwas anderes bestimmt ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Behandelnde über eine Kassenzulassung verfügt und den Teil der Behandlung, der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann, entsprechend über die GKV abrechnet. Wird stattdessen nur eine reine Privatrechnung erstellt, ohne dass mögliche Leistungen von der GKV in Anspruch genommen werden, besteht aus den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 kein Leistungsanspruch (Ausnahme ist der tarifliche Leistungsbereich 2. a) 3. reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung).

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind auf Verlangen des Versicherers Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV; dies gilt ebenso für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlungen in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

a) Tarifliche Leistungsbereiche

In nachfolgender Aufzählung sind die erstattungsfähigen tariflichen Leistungsbereiche dargestellt:

1. **professionelle Zahnreinigung** einschließlich **zahnprophylaktischer Leistungen**, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat; eine eventuelle Vorleistung der GKV wird auf die Erstattung angerechnet;
2. **Zahnbehandlung**, gemäß § 4 Teil II Absatz 4 Ziffer 1 der AVB. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet.
Der Begriff Zahnbehandlung umfasst insbesondere
 - hochwertige Füllungen,
 - Parodontalbehandlung (dies sind zum Beispiel Keimtest, antibakterielle Therapie, Knochen- und Geweberegeneration, Knochenaufbau, Bindegewebs- und Schleimhauttransplantation; bei fehlendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV wird bei einer Taschentiefe von unter 3,5 mm bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zusätzlich für parodontalchirurgische Therapie geleistet),
 - medizinisch notwendige Wurzelbehandlung, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, weil keines der von der GKV definierten Kriterien (zum Beispiel Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe) gegeben ist;
 - Mehrkosten für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV (mit Vorleistung der GKV); dies sind zum Beispiel das Anlegen von Spanngummi/Kofferdam, elektronische Längenmessung, zusätzliche Anwendung elektrophysikalischer/chemischer Methoden sowie der Laser- und Mikroskopzuschlag.

Nicht unter den Begriff Zahnbehandlung im Sinne dieser Ziffer fallen hingegen

 - professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen (siehe vorherige Ziffer 1),
 - Leistungen für Wurzelbehandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (siehe nachfolgende Ziffer 3) und
 - Inlays (siehe Ziffer 7);
3. reine **Privatrechnung für Wurzelbehandlung** bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (Verzicht auf GKV-Vorleistung);
4. **Zahnersatz (Regelversorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
5. **Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige beziehungsweise von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme teilweise oder vollständig privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
6. **Verblendungen** in Verbindung mit medizinisch notwendigem Zahnersatz. Es gilt der Erstattungssatz der zugrunde liegenden Zahnersatzmaßnahme;
7. **Inlays**. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

8. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;
9. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;
10. **zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (sogenannte **Mehrleistungen**) bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn diese Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (Einstufung in KIG* 3, 4 oder 5), erbracht werden;

* Hinweis zur Kieferorthopädie:

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannte Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV (ausgenommen für Mehrleistungen).

11. **schmerz- und angstlindernde Maßnahmen** wie z.B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung und Dämmerschlaf in einer zahnärztlichen Praxis in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahme. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
12. **zahnaufhellende Maßnahmen** (z.B. Bleaching) in einer zahnärztlichen Praxis beziehungsweise zahnärztlich begleitet und überwacht, unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, sofern die Maßnahme in keinen der Leistungsbereiche der Ziffern 1–11 fällt.

b) Höhe der tariflichen Leistungen

Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Dent70 zuzüglich GKV, Dent90 zuzüglich GKV, Dent90+ zuzüglich GKV und Dent100 zuzüglich GKV). Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt dabei von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV oder handelt es sich um eine reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung gemäß tariflichem Leistungsbereich 2. a) 3., wird somit die Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100 erbracht. Somit entspricht die tarifliche Leistung der Differenz zwischen der in nachfolgender Tabelle angegebenen Gesamtleistung und der GKV-Leistung.

Die jeweilige Gesamtleistung (inklusive GKV-Vorleistung) ergibt sich gemäß nachfolgender Tabelle:

Die angegebenen Erstattungsprozentsätze verstehen sich als Erstattungsätze einschließlich einer eventuellen GKV-Vorleistung.

Tarifliche Leistungsbereiche gemäß Buchstabe a)	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
Professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen gemäß Ziffer 1	100 Prozent 1 x bis zu 70 € pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 120 €, jedoch insgesamt max. 200 €, pro Kalenderjahr
Zahnbehandlung gemäß Ziffer 2	75 Prozent	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent
Privatrechnung für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV gemäß Ziffer 3	–	50 Prozent	50 Prozent	50 Prozent
Zahnersatz (Regelversorgung) gemäß Ziffer 4	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent
Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige oder abweichende andersartige Versorgung) gemäß Ziffer 5	70 Prozent	80/90 Prozent*	90 Prozent	90/100 Prozent*
Verblendungen gemäß Ziffer 6 in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen gemäß Ziffer 4 oder 5 entsprechend dem Erstattungsprozentsatz für die Zahnersatzmaßnahme	an den Zähnen 1 bis einschließlich 5 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 7 je Kieferhälfte
Inlays gemäß Ziffer 7	70 Prozent	80/90 Prozent*	90 Prozent	90/100 Prozent*
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, gemäß Ziffer 8	–	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird	90 Prozent
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gemäß Ziffer 9	70 Prozent	80 Prozent	90 Prozent	90 Prozent

Tarifliche Leistungsbereiche gemäß Buchstabe a)	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen) gemäß Ziffer 10	70 Prozent max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	80 Prozent max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	90 Prozent max. 1.500 € während der Vertragslaufzeit	90 Prozent max. 2.000 € während der Vertragslaufzeit
Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gemäß Ziffer 11	-	-	100 Prozent max. 250 € pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 350 € pro Kalenderjahr
Zahnaufhellende Maßnahmen gemäß Ziffer 12	-	-	-	100 Prozent max. 300 € innerhalb zweier Kalenderjahre

* Hinweis zur Erstattung von Zahnersatz und Inlays:

Kann der Versicherte, zum Beispiel durch ein Bonusheft oder einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan, für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf Kalenderjahre die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, so gilt der jeweils höhere ausgewiesene Erstattungsprozentsatz.

Empfehlung

Bei umfangreichen Behandlungen wird die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Behandelnden. Der Versicherer prüft die Unterlagen unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

c) Summenmäßige Begrenzungen der tariflichen Leistung

Die gemäß Buchstabe b) ermittelte tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
im ersten Kalenderjahr	500 €	1.000 €	1.000 €	1.500 €
in den ersten 2 Kalenderjahren	1.000 €	2.000 €	2.000 €	3.000 €
in den ersten 3 Kalenderjahren	1.500 €	3.000 €	3.000 €	4.500 €
in den ersten 4 Kalenderjahren	2.000 €	4.000 €	4.000 €	6.000 €
in den ersten 5 Kalenderjahren	2.500 €	5.000 €	5.000 €	7.500 €
ab Beginn des 6. Kalenderjahres unbegrenzt				

jeweils ab Versicherungsbeginn nach einem der Tarife Dent70/Dent90/Dent90+/Dent100 gerechnet.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 1 Teil II Absatz 4 der AVB kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Abweichend von § 3 Teil I Absatz 3 und § 3 Teil II Absatz 2 der AVB entfallen bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs für die versicherte Person beim Versicherer die Wartezeiten. Gemäß § 3 Teil I Absatz 6 der AVB gelten bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeitregelungen.

Abweichend von § 8a Teil I Absatz 2 der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet.

Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte der Tarife Dent70, Dent90 und Dent90+ ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 34., 41., 46., 51., 56. oder 61. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.

Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte des Tarifs Dent100 ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 41., 46., 51., 56 oder 61. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Tarif 482: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

A. Leistungen

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

Erstattet werden 100 Prozent der im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzten Zuzahlungsbeträge (außer für Sehhilfen), bei Vorlage einer Kopie der ärztlichen Verordnung mit Zuzahlungsbeleg.

2. Sehhilfen

Erstattung von 100 Prozent der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für medizinisch notwendige Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) bis zu 175 Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten.

3. Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig zu 60 Prozent des Rechnungsbetrags sind die Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker bis zum jeweiligen Höchstsatz sowie für die von ihm verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

4. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt pro Person und Kalenderjahr für versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben, 50 Euro und für alle übrigen versicherten Personen 25 Euro.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar, so ermäßigt sich der Selbstbehalt im ersten Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Der Selbstbehalt fällt grundsätzlich bei allen Leistungen an. Er bezieht sich jedoch nicht auf Leistungen gemäß Punkt 5. (Auslandsreise).

5. Leistungen bei Auslandsreisen

Der Versicherer erstattet bei Auslandsreisen bis zu 42 Tagen Dauer die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, akuter Verschlechterung des Gesundheitszustands oder akuter Folgen eines Unfalls. Außerdem sind die im Falle des Todes der versicherten Person entstehenden Bestattungs- und Überführungskosten erstattungsfähig.

5.1 Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten

- a) für ärztliche Heilbehandlung;
- b) für Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
- c) für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
- d) für Röntgendiagnostik;
- e) für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt; bei einem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zu zwölf Jahren sind zusätzlich die Kosten der Unterkunft einer nahestehenden Person im selben Krankenzimmer erstattungsfähig;
- f) für den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus;
- g) die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Der Rücktransport wird auch übernommen, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde und der Versicherer vor dem Rücktransport um die Organisation der Durchführung ersucht worden ist. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen;
- h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

- 5.2 Keine Leistungspflicht besteht
- a) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
 - b) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruchs sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber für medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen unvorhergesehen während der Reise auftretenden Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten, Fehlgeburten oder medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen geleistet, oder wenn unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist; Kostenersatz wird auch geleistet, wenn der Auslandsaufenthalt infolge vorherigen Eintritts eines Versicherungsfalles oder dessen Folgen über die 36. Schwangerschaftswoche hinaus ausgedehnt werden musste;
 - c) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
 - d) für Krankheiten und deren Folgen, wenn die Behandlung anlässlich einer Berufstätigkeit im Ausland erforderlich war;
 - e) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind.

Kostenersatz im Sinne von 5.1 a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.

- 5.3 Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1 zu 100 Prozent.
- 5.4 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts, spätestens nach einer Verweildauer von sechs Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.
- 5.5 In Abweichung von § 6 Teil I Absatz 5 der AVB werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen. Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 3 der AVB entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II Absatz 3 der AVB gilt nicht für Auslandsreisen.
- 5.6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

B. Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann – sofern bei einer versicherten Person spätestens bis zur Vollendung ihres 40. Lebensjahres die gesetzliche Krankenversicherungspflicht oder ihr Anspruch auf Familienversicherung entfallen – beantragen, die Ergänzungsversicherung nach Tarif 482 für die betroffene versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflege-Pflichtversicherung umzustellen, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht. Das Optionsrecht gilt nur innerhalb der ersten zehn Kalenderjahre seit Versicherungsbeginn des Tarifs 482.

Dabei gelten folgende Regelungen:

1. Umstellungszeitraum

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an den Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam. Die im Tarif 482 ununterbrochen zurückgelegten Versicherungszeiten werden auf die Wartezeiten angerechnet.

2. Umfang der Option

Im Rahmen des gegebenen Tarifwerks kann die Umstellung folgenden Versicherungsschutz umfassen:

- a) Krankheitskosten-Vollversicherung für
 - ambulante Heilbehandlung
 - stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
 - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- b) Krankentagegeld-Versicherung für
 - Selbstständige ab dem 22. Tag
 - Arbeitnehmer ab dem 43. Tagder Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens, maximal in Höhe des GKV-Höchstkrankengelds zum Zeitpunkt der Umstellung
- c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI
Die Vorversicherungszeiten aus der Option werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Absatz 3 SGB XI angerechnet.

Sieht ein Tarif Leistungsbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren vor, so gilt hierfür der Umstellungszeitpunkt als Versicherungsbeginn. Für berufsspezifische Zuschläge sind die zum Zeitpunkt der Optionsausübung geltenden Annahmerichtlinien des Versicherers maßgebend.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Tarif 483: Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

A. Leistungen

1. Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel

Erstattet werden 100 Prozent der im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzten Zuzahlungsbeträge (außer für Sehhilfen), bei Vorlage einer Kopie der ärztlichen Verordnung mit Zuzahlungsbeleg.

2. Sehhilfen und Operation zur Sehschärfenkorrektur

Erstattung von 100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für medizinisch notwendige Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen)

- für Erwachsene (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) bis zu 330 Euro; ein erneuter Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten,
- für Kinder und Jugendliche (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollenden und auch noch nicht vollendet haben) bis zu 165 Euro pro Kalenderjahr; erfolgt keine Vorleistung der GKV, entsteht ein erneuter Anspruch frühestens nach Ablauf von 36 Monaten oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

Nach Ablauf von mindestens 36 Monaten seit Beginn der Versicherung nach Tarif 483 besteht ferner während der gesamten Vertragslaufzeit ein einmaliger Anspruch auf Erstattung der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für eine brechkraftverändernde Augenoperation (auch Laseroperation) bis zu 1.000 Euro.

Die Frist von 36 Monaten bezieht sich dabei jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach Tarif 483; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung oder einer Ruhensvereinbarung werden für den Ablauf der jeweiligen Fristen nicht berücksichtigt.

3. Heilpraktiker und Naturheilverfahren bei Ärzten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des jeweils geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz sowie die Aufwendungen für durch Ärzte mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung durchgeführte Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ferner sind erstattungsfähig die vom jeweiligen Behandelnden im Rahmen dieser Behandlungen verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Heil- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen.

Die Einschränkung der Methoden und Arzneimittel nach § 4 Teil I Absatz 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) findet insoweit keine Anwendung.

Die Erstattung nach Ziffer 3. erfolgt zu 90 Prozent des Rechnungsbetrags bis zu einem Höchstrechnungsbetrag von insgesamt 2.500 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren. Leistungen der GKV werden auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

4. Differenzkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen

Verbleiben bei der Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses nach Vorleistung der GKV Kosten für die Allgemeine Pflegeklasse, so sind diese für Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland erstattungsfähig. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

5. Leistungen bei Auslandsreisen

Der Versicherer erstattet bei Auslandsreisen bis zu 56 Tagen Dauer die erstattungsfähigen Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, akuter Verschlechterung des Gesundheitszustands oder akuter Folgen eines Unfalls. Außerdem sind die im Falle des Todes der versicherten Person entstehenden Bestattungs- und Überführungskosten erstattungsfähig.

5.1 Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen im Einzelnen die Kosten

- a) für ärztliche Heilbehandlung;
- b) für Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
- c) für schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung, Kronen und Kieferorthopädie;
- d) für Röntgendiagnostik;
- e) für stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten, sofern diese in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt; bei einem Krankenhausaufenthalt eines versicher-

ten Kindes bis zu zwölf Jahren sind zusätzlich die Kosten der Unterkunft einer nahestehenden Person im selben Krankenzimmer erstattungsfähig;

- f) für den Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus;
- g) die durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten in die Heimat entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Der Rücktransport wird auch übernommen, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde und der Versicherer vor dem Rücktransport um die Organisation der Durchführung ersucht worden ist. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen;
- h) die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000 Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

5.2 Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- b) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruchs sowie deren Folgen; Kostenersatz wird aber für medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen unvorhergesehen während der Reise auftretenden Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten, Fehlgeburten oder medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbrüchen geleistet, oder wenn unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist; Kostenersatz wird auch geleistet, wenn der Auslandsaufenthalt infolge des vorherigen Eintritts eines Versicherungsfalls oder dessen Folgen über die 36. Schwangerschaftswoche hinaus ausgedehnt werden musste;
- c) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- d) für Krankheiten und deren Folgen, wenn die Behandlung anlässlich einer Berufstätigkeit im Ausland erforderlich war;
- e) für Hilfsmittel mit Ausnahme von Gehgips, Liegeschalen, Bandagen und ärztlich verordneten Gehstützen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind.

Kostenersatz im Sinne von 5.1 a) bis f) wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.

5.3 Erstattet werden die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen unter 5.1 zu 100 Prozent.

5.4 Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts, spätestens nach einer Verweildauer von acht Wochen im Ausland. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen. Ist die Rückreise bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

5.5 In Abweichung von § 6 Teil I Absatz 5 der AVB werden die Kosten für Übersetzungen vom Versicherer übernommen. Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 3 der AVB entfallen bei Behandlung im Ausland die Wartezeiten. § 5 Teil II Absatz 3 der AVB gilt nicht für Auslandsreisen.

5.6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Kein Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland und in den Ländern, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

6. Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen

Die Pauschalerstattung für Gesundheitsleistungen dient dem Versicherten zur selbstständigen Abgeltung kleinerer Rechnungsbeträge und beträgt für Erwachsene (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben) 50 Euro pro Kalenderjahr, für Kinder und Jugendliche (Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr noch nicht vollenden und auch noch nicht vollendet haben) 25 Euro pro Kalenderjahr. Voraussetzung für den Anspruch auf die Pauschalerstattung ist, dass für die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen wurden und die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet worden sind.

Die Pauschalerstattung wird im zweiten Halbjahr des Folgejahres ausgezahlt. Mit der Inanspruchnahme der Pauschalerstattung erlischt jeder Anspruch auf Leistungen für das abgelaufene Kalenderjahr.

Ist der Tarif nicht während des gesamten Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die Pauschalerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat des Kalenderjahres. Für Kalendermonate, in denen teilweise oder für den gesamten Monat eine Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung bestand, wird keine Pauschalerstattung gewährt.

Allgemeines

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem zum Beispiel die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Sofern die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden kann, ist sie bei Behandelnden mit Kassenzulassung durchzuführen und über die GKV abzurechnen. Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für

Ärzte (GOÄ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV.

Anpassung des Versicherungsschutzes:

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen.

B. Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann – bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der betroffenen versicherten Person – beantragen, die Ergänzungsversicherung nach Tarif 483 ohne Gesundheitsprüfung in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflege-Pflichtversicherung umzustellen, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht.

Das Optionsrecht kann für die betroffene versicherte Person dabei jeweils ausgeübt werden

- innerhalb der ersten zehn Kalenderjahre seit Versicherungsbeginn des Tarifs 483 bei Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung; falls zu diesem Zeitpunkt die Mindestbindungsfrist an die gesetzliche Krankenkasse nach § 53 Absatz 8 SGB V wegen eines versicherten GKV-Wahltarifs noch nicht abgelaufen ist, verschiebt sich der Zeitpunkt zur Ausübung des Optionsrechts auf den Ablauf dieser Mindestbindungsfrist,
- nach Ablauf von 36 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs 483 zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif 483 freiwillig in der GKV versichert war,
- nach Ablauf von 60 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs 483 zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif 483 freiwillig in der GKV versichert war.

Das Ende der Pflichtversicherung in der GKV und gegebenenfalls der Mindestbindungsfrist in der GKV oder die Dauer einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV ist mit der Beantragung der Optionsausübung anzuzeigen und nachzuweisen.

Dabei gelten folgende Regelungen:

1. Umstellungszeitraum

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt einer der genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Veränderung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an diesen Termin (Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung bzw. Ende der Mindestbindungsfrist oder Ablauf des Kalendermonats nach 36 bzw. 60 Monaten Versicherungsdauer) wirksam.

Die im Tarif 483 ununterbrochen zurückgelegten Versicherungszeiten werden – mit Ausnahme der Pflege-Pflichtversicherung – auf die Wartezeiten angerechnet.

2. Umfang der Option

Im Rahmen des gegebenen Tarifwerks kann die Umstellung folgenden Versicherungsschutz umfassen:

- a) Krankheitskosten-Vollversicherung für
 - ambulante Heilbehandlung
 - stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
 - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- b) Krankentagegeld-Versicherung für
 - Selbstständige ab dem 22. Tag
 - Arbeitnehmer ab dem 43. Tagder Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens, maximal in Höhe des GKV-Höchstkrankengelds zum Zeitpunkt der Umstellung.
- c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI
Die Vorversicherungszeiten aus Tarif 483 werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Absatz 3 SGB XI angerechnet.

Sieht ein Tarif Leistungsbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren vor, so gilt hierfür der Umstellungszeitpunkt als Versicherungsbeginn. Für berufsspezifische Zuschläge sind die zum Zeitpunkt der Optionsausübung geltenden Anahmerichtlinien des Versicherers maßgebend.

Tarif BJunior, KJunior:

Ergänzungstarife für GKV-versicherte Kinder/Jugendliche

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Kinder/Jugendliche, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach den Tarifen BJunior/KJunior ist dabei nur für Kinder/Jugendliche möglich, die

- a) leibliche oder adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers sind oder
- b) mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben.

Die Versicherung nach den Tarifen BJunior/KJunior endet für die jeweilige versicherte Person mit Ablauf des Kalenderjahres, in welchem diese das 20. Lebensjahr vollendet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt, in dem z.B. die Heilbehandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Verbandmittel bezogen wurden.

2. Leistungen

Sofern die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden kann, ist sie von Behandelnden mit Kassenzulassung durchzuführen und über die GKV abzurechnen. Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV.

A) Behandlungen durch Heilpraktiker (nur Tarif KJunior)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz. Ferner sind erstattungsfähig die vom Heilpraktiker im Rahmen dieser Behandlungen verordneten Arznei- und Verbandmittel und in Auftrag gegebenen Laboruntersuchungen:

- Eingehende Untersuchung
- Beratung
- Homöopathie
- Pflanzenheilkunde
- Akupunktur bei Schmerzen
- Eigenblutinjektionen
- Osteopathie

B) Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

- U6a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U6 im 15.–18. Lebensmonat
- U9a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 8. Lebensjahr
- U9b: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 10. Lebensjahr
- J1a: Wiederholung der Jugendlichenvorsorgeuntersuchung J1 im 14.–16. Lebensjahr
- Sprachentwicklungstest: einmalige Früherkennungsuntersuchung im 36.–42. Lebensmonat
- Schielvorsorge: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder bis zum Vorschulalter

C) Sehhilfen

Erstattung der auch nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen).

D) Rooming In

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, wenn diese – neben einer nach Tarif BJunior bzw. KJunior versicherten Person, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat – stationär aufgenommen wird und hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Für Kinder bis zum Ende des Vorschulalters erfolgt keine Leistung aus Tarif BJunior bzw. KJunior.*

* Hinweis zum Rooming In:

Gemäß Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung liegt bei Kindern bis zum Ende des Vorschulalters eine generelle Indikation für die Mitaufnahme einer Begleitperson vor, so dass diese Leistung – gemäß den Regelungen des Sozialgesetzbuches – von der GKV übernommen wird.

E) Krankentagegeld als Ergänzung des Kinderkrankengeldes der GKV

Das Krankentagegeld wird in Höhe von 15 Euro für jeden Tag geleistet, für den für eine versicherte Person die Leistung eines Kinderkrankengeldes der GKV erfolgt. Zur Geltendmachung dieses Leistungsanspruches muss ein Beleg der gesetzlichen Krankenkasse vorgelegt werden, der Auskunft über die Anzahl der Krankheitstage gibt, für die Kinderkrankengeld von Seiten der GKV geleistet wurde. Ohne Leistung des Kinderkrankengeldes der GKV entfällt auch eine Erstattung nach Tarif BJunior bzw. KJunior.

F) Zahn: Fissurenversiegelung, Kunststofffüllungen und Kieferorthopädie

(Kunststofffüllungen und Kieferorthopädie nur Tarif KJunior)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für folgende medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung und Kieferorthopädie) im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ):

- **Fissurenversiegelung** an Zähnen, die nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.
- **Kunststofffüllungen**
- **Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (sogenannte **Mehrleistungen**), die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung mit einer Einstufung in KIG 3, 4 oder 5* erbracht werden, wenn für diese Mehrleistungen kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.
Für diese Mehrleistungen ist die **tarifliche Gesamterstattung während der gesamten Vertragslaufzeit** des Tarifs KJunior auf 1.000 Euro begrenzt.

* Hinweis zur Kieferorthopädie:

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannte Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV (ausgenommen für Mehrleistungen).

G) Geburtsnahe Leistungen

Erstattungsfähig sind folgende Kursgebühren (ein Kurs je versichertes Kind):

- Teilnahme an einem **PEKiP-Kurs** für Kinder bis zum Ende des 1. Lebensjahres.
- Teilnahme an einem **Geburtsvorbereitungskurs für Männer**. Die Kursgebühren sind abweichend von § 2 Teil I der AVB erstattungsfähig, wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt eines gemäß Ziffer 1. versicherungsfähigen Kindes der Antrag auf Versicherungsschutz rückwirkend ab Geburt gestellt wird.

3. Erstattung

Die unter Ziffer 2. A) bis 2. G) genannten Leistungen werden nach folgenden Prozentsätzen erstattet. Die Höhe der tariflichen Leistung ist dabei für alle in dem Tarif BJunior bzw. KJunior versicherten Personen zusammen auf die folgenden Eurobeträge begrenzt:

Leistungsbereiche	Tarif BJunior		Tarif KJunior	
	Erstattungs- prozentsatz	summenmäßige Begrenzung*	Erstattungs- prozentsatz	summenmäßige Begrenzung*
Behandlungen durch Heilpraktiker	-	-	80 %	500 €
Vorsorgeuntersuchungen	80 %	100 €	80 %	100 €
Sehhilfen	80 %	200 €	80 %	200 €
Rooming In	100 %	unbegrenzt	100 %	unbegrenzt
Zahn – Fissurenversiegelung	80 %	100 €	80 %	100 €
Zahn – Kunststofffüllungen	-	-	80 %	500 €
Zahn – zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen)	-	-	80 %	1.000 €
Geburtsnahe Leistungen	80 %	unbegrenzt	80 %	unbegrenzt

* Hinweis zur summenmäßigen Begrenzung:

Die **summenmäßige Begrenzung** gilt alle 24 Monate. Der erste Zeitraum von 24 Monaten beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem erstmals eine Person in dem Tarif BJunior bzw. KJunior versichert wird (erstmaliger Versicherungsbeginn).

Im Bereich **Sehhilfen** verkürzt sich bei Tarif KJunior der zuvor genannte Zeitraum von 24 Monaten auf 12 Monate.

Im Bereich **der kieferorthopädischen Mehrleistungen** gilt die summenmäßige Begrenzung nicht alle 24 Monate, sondern gemäß Ziffer 2. F) für die gesamte Vertragslaufzeit.

4. Optionsrecht

Mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, endet die Versicherung bzgl. der betroffenen Person. Der Versicherungsnehmer kann für die betroffene versicherte Person beantragen, den Tarif BJunior bzw. KJunior ohne Gesundheitsprüfung in unmittelbarem Anschluss in den Tarif Z90Bonus umzustellen, sofern für diese Person Versicherungsfähigkeit für den Tarif Z90Bonus besteht.

Für den Tarif Z90Bonus gelten bei Umstellung aus dem Optionsrecht folgende Regelungen:

- a) Entfall der Wartezeiten
- b) Die summenmäßigen Begrenzungen des Tarifs Z90Bonus gelten ab Umstellungszeitpunkt.
- c) Zum Umstellungszeitpunkt bereits laufende, angeratene oder beabsichtigte kieferorthopädische Maßnahmen sind nicht im Versicherungsschutz des Tarifs Z90Bonus enthalten.

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung des Tarifs BJunior bzw. KJunior in Textform beantragt werden. Sie wird dann zum 1.1. des Kalenderjahres wirksam, in dem die betroffene versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Das Optionsrecht kann nur in Anspruch genommen werden, wenn die betroffene versicherte Person zum Umstellungszeitpunkt bereits 24 Monate in einem der Tarife BJunior/KJunior versichert gewesen ist.

5. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 2 Teil I (2) der AVB gilt:

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt für die zu versichernde Person Versicherungsfähigkeit besteht, die Versicherung nach den Tarifen BJunior/KJunior mindestens drei Monate beim Versicherer bestand und die Anmeldung zur Versicherung in den bestehenden Tarif spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt.

Abweichend von § 8a Teil I (2) der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet.

Ferner wird abweichend zu § 8a Teil II der AVB pro Vertrag unabhängig vom Alter und der Anzahl der versicherten Personen für alle in dem Tarif BJunior bzw. KJunior versicherten Kinder/Jugendlichen ein gemeinsamer Beitrag erhoben.

Ergänzend zu § 15 Teil II (1) der AVB gilt:

Bei Wegfall der unter Ziffer 1 Satz 2 dargestellten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung nach Tarif BJunior bzw. KJunior zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten anzuzeigen. Unterbleibt diese Anzeige, leistet der Versicherer auch für laufende Versicherungsfälle nur bis zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.

6. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I (1) der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Tarif V100:

Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben und kein Kostenerstattungsprinzip gewählt haben.

Leistungen

1. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden 100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten.

Die erstattungsfähigen Maßnahmen sind dem Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs V100 zu entnehmen.

Die Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 1.000 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2. Schutzimpfungen

Erstattet werden 100 Prozent der auch nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für

- Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO),
- unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO vorgenommene Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME),
- Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

Die Erstattung für Schutzimpfungen ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von insgesamt 200 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem die Vorsorgeuntersuchung oder Schutzimpfung erfolgte bzw. die Impfstoffe bezogen wurden.

Sofern die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden kann, ist sie bei Behandelnden mit Kassenzulassung durchzuführen und über die GKV abzurechnen. Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Maßnahmen nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden können.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen.

Anpassung des Versicherungsschutzes:

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Bei einer Ausweitung der gesetzlich eingeführten Programme für Vorsorgeuntersuchungen ist der Versicherer unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, das tarifliche Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse anzupassen.

Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen des Tarifs V100

Kinder-Jugendlichen-Vorsorge:

- U6a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U6 im 15.-18. Lebensmonat
- U9a: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 8. Lebensjahr
- U9b: Wiederholung der Kindervorsorgeuntersuchung U9 im 10. Lebensjahr
- J1a: Wiederholung der Jugendlichenvorsorgeuntersuchung J1 im 14.-16. Lebensjahr
- Schielvorsorge: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter
- Augencheck: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.-15. Lebensjahr
- Audiocheck: einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.-15. Lebensjahr

Schwangerschaftsvorsorge:

- Zusätzliche Sonografie, einmalig pro Schwangerschaft
- Triple-Test zur Risikoeinschätzung des Downsyndroms

Allgemeine Check-Ups:

- Großer Gesundheitscheck
- Sonografiecheck der inneren Organe
- Lungencheck
- Hirnleistungscheck
- Osteoporosevorsorge
- Schilddrüsenvorsorge
- Glaukomvorsorge zur Früherkennung des Grünen Stars
- Schlaganfallvorsorge
- Helicobacter-Pylori-Test zur Früherkennung von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts
- Hauttypbestimmung
- HIV-Test

Krebsvorsorge:

- Große Krebsvorsorge bei Frauen
- Große Krebsvorsorge bei Männern
- Mammografie (Röntgenuntersuchung der Brust)
- Sonografie der Brust
- PSA-Test zur Früherkennung eines Prostata-Karzinoms
- Hautkrebscreening
- Darmkrebsvorsorge (Stuhlbluttest oder Darmspiegelung)

Tarif FlexiPro:

Optionstarif

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind Personen, für die gleichzeitig bei der ARAG Krankenversicherungs-AG eine Krankheitskosten-Vollversicherung abgeschlossen wird oder bereits besteht, sowie Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

1. Option für in der Krankheitskosten-Vollversicherung versicherte Personen

1.1 Der Versicherungsnehmer kann für die betroffene versicherte Person beantragen, die Krankheitskosten-Vollversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in andere Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung mit höherwertigem Leistungsversprechen umzustellen, sofern zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts Versicherungsfähigkeit für diese Tarife (Zieltarife) besteht. Die Regelungen unter Ziffer 3. (Erschwernisse) bleiben hiervon unberührt.

1.2 Das Optionsrecht kann zum 1. Januar eines Jahres ausgeübt werden.

1.3 Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung vor dem 1. Januar des Umstellungsjahres in Textform beim Versicherer beantragt werden. Die Umstellung wird dann zum nächsten 1. Januar wirksam.

Die im Tarif FlexiPro zurückgelegten Versicherungszeiten werden auf die Wartezeiten der Zieltarife angerechnet.

1.4 Die Versicherung nach Tarif FlexiPro endet zu dem Zeitpunkt, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen wird, spätestens jedoch mit Ablauf des zehnten Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro bzw. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird.

Mit Ende der Versicherung nach Tarif FlexiPro erlöschen alle aus diesem Tarif erworbenen Rechte. Eine Rückzahlung geleisteter Beiträge für abgelaufene Versicherungszeiten ist ausgeschlossen.

2. Option für in der GKV versicherte Personen

2.1 Der Versicherungsnehmer kann für die betroffene versicherte Person beantragen, die Versicherung nach Tarif FlexiPro ohne erneute Gesundheitsprüfung in Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflege-Pflichtversicherung umzustellen, sofern zum Zeitpunkt der Ausübung des Optionsrechts Versicherungsfähigkeit für diese Tarife (Zieltarife) besteht. Die Regelungen unter Ziffer 3. (Erschwernisse) bleiben hiervon unberührt. Im Rahmen des gegebenen Tarifwerks können die Zieltarife dabei folgenden Versicherungsschutz umfassen:

- a) Krankheitskosten-Vollversicherung für
- ambulante Heilbehandlung
 - stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer
 - Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

- b) Krankentagegeld-Versicherung für
- Selbstständige ab dem 22. Tag
 - Arbeitnehmer ab dem 43. Tag
- der Arbeitsunfähigkeit. Die Tagegeldhöhe darf das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende durchschnittliche Nettoeinkommen zuzüglich der für den Erhalt von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erforderlichen Beitragszahlungen Rentenversicherungspflichtiger sowie der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflege-Pflichtversicherung nicht übersteigen.

- c) Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI
Die im Tarif FlexiPro zurückgelegten Versicherungszeiten werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 Absatz 3 SGB XI angerechnet.

Sieht ein Zieltarif Leistungsbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren vor, so gilt hierfür der Umstellungszeitpunkt als Versicherungsbeginn. Für berufsspezifische Zuschläge sind die zum Zeitpunkt der Optionsausübung geltenden Annahmerichtlinien des Versicherers maßgebend.

2.2 Das Optionsrecht kann für die betroffene versicherte Person dabei ausgeübt werden

- bei Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung,
- nach Ablauf von 36 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war, oder
- nach Ablauf von 60 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro zum Beginn des folgenden Kalendermonats, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war.

Für versicherte Personen, die durch Geburt oder Adoption Versicherungsschutz im Tarif FlexiPro erlangen, kann das Optionsrecht nur zusammen mit mindestens einem Elternteil ausgeübt werden. Die zuvor dargestellten Zeitpunkte gelten für diese mitversicherten Personen insofern nicht.

Das Ende der Pflichtversicherung in der GKV oder die Dauer einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV ist mit der Beantragung der Optionsausübung anzuzeigen und nachzuweisen.

- 2.3 Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, muss die Umstellung
- innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung bzw.
 - vor dem Ablauf von 36 bzw. 60 Monaten seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro, sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war, beim Versicherer in Textform beantragt werden. Die Umstellung wird dann im unmittelbaren Anschluss an diesen Termin (Ausscheiden aus der GKV bzw. Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung oder Ablauf des Kalendermonats nach 36 bzw. 60 Monaten Versicherungsdauer) wirksam.

Die im Tarif FlexiPro zurückgelegten Versicherungszeiten werden auf die Wartezeiten der Zieltarife – mit Ausnahme der Pflege-Pflichtversicherung – angerechnet.

- 2.4 Die Versicherung nach Tarif FlexiPro endet zu dem Zeitpunkt, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen wird, spätestens jedoch mit Ablauf des 15. Kalenderjahres seit Versicherungsbeginn des Tarifs FlexiPro bzw. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird.

Mit Ende der Versicherung nach Tarif FlexiPro erlöschen alle aus diesem Tarif erworbenen Rechte. Eine Rückzahlung geleisteter Beiträge für abgelaufene Versicherungszeiten ist ausgeschlossen.

Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung nach Tarif FlexiPro für die betroffene versicherte Person in Textform kündigen,

- sofern das Optionsrecht nicht wahrgenommen wird, zum Zeitpunkt des Wegfalls der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt dieser Veränderung;
- sofern die versicherte Person zu Beginn der Versicherung nach Tarif FlexiPro freiwillig in der GKV versichert war, mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des 60. Monats seit Versicherungsbeginn;
- sofern die versicherte Person durch Geburt oder Adoption Versicherungsschutz im Tarif FlexiPro erlangt hat, zu dem Zeitpunkt, ab dem für keinen Elternteil mehr eine Versicherung nach Tarif FlexiPro besteht, innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt dieser Veränderung.

In diesem Fall ist vom Versicherungsnehmer eine entsprechende Erklärung unter Beifügung geeigneter Nachweise (zum Beispiel Dauer einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV) beim Versicherer einzureichen.

Kündigungsmöglichkeiten und Beendigungsgründe nach den §§ 13 bis 15 der AVB bleiben hiervon unberührt.

3. Erschwernisse

Liegt bei Abschluss des Tarifs FlexiPro ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden, die jedoch erst bei Wahrnehmung der Option in den Zieltarifen wirksam werden.

Während der Versicherung nach Tarif FlexiPro neu auftretende Erkrankungen, Unfallfolgen, Entbindungen bzw. Schwangerschaften sind ohne Einschränkung im Umfang des Leistungsversprechens der Zieltarife versichert.

4. Ergänzende Tarifbestimmungen

Die Wartezeiten gemäß § 3 der AVB entfallen.

Abweichend von § 8a Teil I (2) der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet.

Somit errechnet sich der Beitrag für den Zieltarif nach dem zum Umstellungszeitpunkt gültigen Eintrittsalter.

Die Regelungen der AVB zur Beitragsanpassung (§ 8b) finden für diesen Tarif keine Anwendung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands
der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2019)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (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
- in der Krankheitskosten-Versicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - in der Krankenhaustagegeld-Versicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Absatz 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (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 Wag-nis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II

- (1) Als Versicherungsfall gelten auch
- a) Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen weiterhin sämtliche Schutzimpfungen einschließlich der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen;
 - b) jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.
- (2) In Abweichung zu Teil I Absatz 4 besteht Versicherungsschutz für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten kann eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes gegen Beitragszuschlag vereinbart werden. Ein entsprechender Antrag ist spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise in Textform zu stellen.
- (3) Ergänzend zu Teil I Absatz 3 ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes auch aus gegebenenfalls zusätzlich vereinbarten Sonderbedingungen (z.B. Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastungskomponente BEK).
- (4) Erstattungsfähige Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem die Behandlung erfolgte. Für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie digitale Gesundheitsanwendungen gilt: erstattungsfähige Aufwendungen sind angefallen, wenn die Arznei-, Verband, Heil- und Hilfsmittel und digitalen Gesundheitsanwendungen bezogen worden sind. Andere erstattungsfähige Aufwendungen sind angefallen, wenn die der erstattungsfähigen Aufwendung zugrunde liegende Maßnahme jeweils vorgenommen worden ist.
- (5) Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, gilt die Vorschrift des Teil I Absatz 5 nicht. Die Versicherung endet in diesem Fall gemäß § 15 Teil II Absatz 1.
- (6) Wird nach Vertragsabschluss der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person ins Ausland verlegt, ist der Versicherer hierüber unverzüglich zu informieren. Verlegt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, kann bei einer Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses eine ausländische Versicherungssteuer anfallen. Soweit ausländische Versicherungssteuer anfällt, ist diese vom Versicherungsnehmer zu tragen.
- (7) Bei Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung besteht die Möglichkeit, den während einer Elternzeit reduzierten Versicherungsumfang nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang zu erhöhen – ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Die Höherstufung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten ist innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit rückwirkend zu beantragen und erfolgt zum Ersten des Monats, der auf das Ende der Elternzeit folgt. Dabei ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.
- (8) In Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, ist Versicherungsfähigkeit nur dann gegeben, wenn für die betreffende versicherte Person gleichzeitig keine Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung bestehen, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (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 Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II

- (1) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

- (2) **Abweichend von Teil I Absatz 2 darf die Selbstbeteiligung eines mitzuversichernden Kindes auch niedriger als die eines Elternteils gewählt werden.**

§ 3 **Wartezeiten**

Teil I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
- bei Unfällen;
 - für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-Vollversicherung 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 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II

- (1) **Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.**
- (2) **Abweichend von Teil I Absatz 3 beträgt die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.**
- (3) **Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.**
- (4) **In Ergänzung zu Teil I Absatz 5 wird die Vorversicherungszeit auch auf die Wartezeiten von Krankenhaustagegeld-Versicherungen, die gemeinsam mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt werden, angerechnet.**
- (5) **In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 und 2 entfallen bei erstmaligem Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer die allgemeinen und besonderen Wartezeiten. Wird gleichzeitig eine Krankenhaustagegeld-Versicherung abgeschlossen, so entfallen auch dafür die Wartezeiten. Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Personen erstmalig in den Vertrag aufgenommen, so gilt die Regelung wie bei erstmaligem Vertragsabschluss sinngemäß. Teil I Absatz 6 bleibt hiervon unberührt.**

§ 4 **Umfang der Leistungspflicht**

Teil I

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüll-

len, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 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 Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

- (1) **Der Versicherer erstattet im tariflichen Umfang die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Unfallfolgen, ebenso für die Behandlung in der Schwangerschaft einschließlich der Entbindung sowie für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten.**
- (2) **Tarife für ambulante Heilbehandlung**
Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. **Behandlung durch Ärzte und Heilpraktiker**
 - a) In Deutschland gehören hierzu ärztliche Leistungen (wie Beratungen, Untersuchungen, konservative und operative Behandlungen, Sonderleistungen sowie Besuche und Wegegebühren) durch niedergelassene und approbierte Ärzte, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren im Sinne des § 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V und durch Ärzte in Krankenhausambulanzen. Das Kriterium der Niederlassung nach Teil I Absatz 2 Satz 1 gilt auch als erfüllt, sofern der Arzt in einer berufsrechtlich zulässigen Gemeinschaft eigenverantwortlich und medizinisch unabhängig tätig ist und die Liquidation einen Hinweis auf seine Person enthält. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
Erstattungsfähig sind ferner Leistungen von niedergelassenen Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Abrechnungsgrundlage ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.
 - b) Werden die unter Buchstabe a) genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.
 - c) Sofern der Tarif es vorsieht, sind Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen (z.B. LASIK-Operation) erstattungsfähig.
2. **Arznei- und Verbandmittel.** Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen.
Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung (enteral und parenteral) erstattungsfähig.
3. **Technische Leistungen** wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG, die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.
4. **Heilmittel** wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie, soweit diese durch staatlich geprüfte Angehörige entsprechender Heilberufe angewandt werden.
Bei Diabetes mellitus mit diabetischer Angiopathie und/oder Neuropathie sind die Aufwendungen für medizinische Fußpflege (Nagel- und Hornhautbehandlung) im Abstand von mindestens drei Wochen erstattungsfähig, wenn die Behandlung durch einen auf Basis des Podologengesetzes tätigen Therapeuten durchgeführt wird.
5. **Hilfsmittel**
 - a) Hilfsmittel (zum Beispiel Gehhilfen, Prothesen und Hörgeräte; ausgenommen jedoch Sehhilfen – siehe hierfür Buchstabe b), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine beeinträchtigt

te Körperfunktion zu ersetzen oder zu unterstützen, sofern es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt. Das Hilfsmittel muss in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung bezogen werden. Es ist eine ärztliche Verordnung – auf Verlangen des Versicherers mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität – vorzulegen. Das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro sind ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen, werden 80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt. Als Bezugspreis gilt der Preis für die gesamte Versorgung.

Auch die Aufwendungen für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung sind erstattungsfähig, die Höhe der Erstattungen für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Betrieb (zum Beispiel Strom, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln sowie für Zusatzgarantieleistungen.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, auch die Kostenerstattung für Neuanschaffung, Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln nicht eingeschlossen.

- b) Sofern der Tarif es vorsieht, sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) erstattungsfähig. In diesem Fall sind Aufwendungen für Reparaturen ebenfalls erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen. Abweichend von Teil I Absatz 3 sind Aufwendungen für Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig, sofern der Tarif eine Aufwandserstattung vorsieht. Voraussetzung ist, dass zuvor eine Refraktionsbestimmung durch einen Optiker durchgeführt wurde.
6. Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Über die medizinischen Gründe der Krankenfahrten und -transporte ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Bei eindeutigen Krankheitsbildern (zum Beispiel bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen ist eine Bescheinigung nicht erforderlich. Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenes im Sinne dieser Bedingungen.
7. Schwangerschaft und Entbindung
 - a) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
 - b) Ärztliche Leistungen und Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers bei einer Hausentbindung.
 - c) Ambulante Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.
 - d) Es sind die Aufwendungen der Schwangeren für Geburtsvorbereitungskurse, Aufwendungen für Rückbildungsgymnastik sowie die Beratung und Unterstützung durch eine Hebamme bzw. durch einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld erstattungsfähig. Abrechnungsgrundlage ist die jeweils gültige Gebührenordnung für Hebammen.
 - e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Psychiatrie, Psychotherapie und Soziotherapie
 - a) Aufwendungen für Psychiatrie und Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen, approbierten und zur Psychotherapie zugelassenen Arzt mit entsprechender Facharzt- oder Zusatzbezeichnung (z.B. für Psychiatrie und Psychotherapie) bzw. von einem niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird.

Das Kriterium der Niederlassung gilt auch als erfüllt, sofern der Arzt oder Psychotherapeut in einer berufsrechtlich zulässigen Gemeinschaft eigenverantwortlich und medizinisch unabhängig tätig ist und die Liquidation einen Hinweis auf seine Person erhält.
 - b) Aufwendungen für ambulante Soziotherapie entsprechend den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn
 - die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen,
 - und wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.Voraussetzung ist eine Verordnung durch einen niedergelassenen, approbierten und zur Psychotherapie zugelassenen Arzt mit entsprechender Facharzt- oder Zusatzbezeichnung (z.B. für Psychiatrie und Psychotherapie) oder durch einen niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis, die vorherige Vorlage eines Betreuungsplans und die schriftliche Leistungszusage des Versicherers; die Zusage erfolgt, wenn die Soziotherapie medizinisch notwendig ist. Die Behandlung kann dann auch von einer Fachkraft für Soziotherapie (wie Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie) durchgeführt werden.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.
Sofern der Leistungserbringer für Aufwendungen durch eine Fachkraft für Soziotherapie eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die

dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann.

9. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger werden gemäß Ziffer 1. bis 4. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung beziehungsweise der Rehabilitationsmaßnahme.

§ 5 Teil I Absatz 3 bleibt hiervon unberührt.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

10. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.

11. Häusliche Krankenpflege

a) Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Zur Behandlungspflege gehören zum Beispiel Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung. Die Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege sind ebenfalls erstattungsfähig.

b) Im Zusammenhang mit einer ärztlich verordneten (Intensiv-)Behandlungspflege nach Buchstabe a) sind zusätzliche Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann.

Die Leistungen nach Buchstabe a) und b) bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Versicherer. Die Leistungspflicht entsteht insoweit frühestens mit dem Zugang des entsprechenden Antrags beim Versicherer. Die Genehmigung wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation und oben genannter Voraussetzungen erteilt.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung geschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen als erstattungsfähig. Andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen könnte.

Leistungen von anderen Kostenträgern, zum Beispiel der Pflege-Pflicht- oder Pflege-Zusatzversicherung, sind anzurechnen.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung für häusliche Krankenpflege nicht eingeschlossen.

12. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Die Zusage wird bei entsprechender medizinischer Indikation erteilt. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

13. Aufwendungen für die ersten 21 Tage einer ambulanten Anschlussheilbehandlung (AHB) werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn diese innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung oder ambulanten Operation, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird. Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.

Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Im Übrigen bleibt die Einschränkung von § 5 Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in Verbindung mit § 5 Teil II Absatz 4 unberührt.

14. Aufwendungen für die ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und über eine Zulassung nach § 119 SGB V (siehe Anhang) verfügen. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen kann. Voraussetzung ist, dass die Behandlung wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung oder einer drohenden Krankheit nicht von niedergelassenen Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen durchgeführt werden kann. Es ist eine entsprechende Überweisung durch einen niedergelassenen und approbierten Arzt vorzulegen.

15. Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn diese ärztlich verordnet wurde und durch einen Arzt oder durch eine Fachkraft für spezialisierte ambulante Palliativversorgung durchgeführt wird. Voraussetzung ist, dass eine nicht heilbare, fortschreitende oder weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, nach medizinischem Befund mit einer verbleibenden Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten auszugehen ist und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. Die Versorgung kann im häuslichen Umfeld erfolgen, wozu z.B. auch Senioren- oder Pflegeeinrichtungen zählen.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann.

Leistungen anderer Kostenträger, zum Beispiel aus der Pflegeversicherung, werden angerechnet.

16. Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten gemäß § 33a SGB V Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Die Anwendung muss durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen sein; bei der versicherten Person muss eine der im DiGA-Verzeichnis bei der Anwendung aufgeführten medizinischen Indikationen vorliegen.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit auch im Verzeichnis gelistete Anwendungen, bei denen jedoch die Diagnose der versicherten Person nicht den im Verzeichnis aufgeführten Anwendungsgebieten entspricht, erstattungsfähig. Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung – unabhängig davon, ob diese im DiGA-Verzeichnis gelistet ist oder nicht – eine Rahmenvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine Erstattungsvereinbarung mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so werden gleichfalls auch die darin aufgeführten medizinischen Indikationen anerkannt.

Die digitale Gesundheitsanwendung muss ärztlich oder von einem in Ziffer 8. Buchstabe a) genannten Psychotherapeuten verordnet werden. Die Aufwendungen werden je Verordnung für die verordnete Anwendungsdauer, jedoch maximal für zwölf Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Die Aufwendungen sind jeweils bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Vergütung gemäß § 134 SGB V (unabhängig von der medizinischen Indikation) verlangen kann. Hat der Anbieter eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine solche mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so sind höchstens die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für das zur Nutzung erforderliche Endgerät einschließlich der Kosten für die mobile Anbindung und den Betrieb, etwa für Betriebssystem, Internet, Strom oder Batterien, sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung für digitale Gesundheitsanwendungen nicht eingeschlossen.

(3) Tarife für stationäre Heilbehandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre und teilstationäre Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen wie Krankenpflege, Unterbringung und Verpflegung. Sofern der Tarif es vorsieht, ist die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer möglich.
2. Ärztliche Leistungen wie konservative und operative Behandlungen einschließlich Operationsnebenkosten, Visiten und Sonderleistungen zum Beispiel durch Chefärzte und andere Krankenhausärzte oder Belegärzte. Abrechnungsgrundlage ist bei Behandlungen in Deutschland die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und in bestimmten Fällen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.
3. Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung (enteral und parenteral) erstattungsfähig.
4. Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG und die Anwendung von medizinischen Geräten (zum Beispiel Herz-Lungen-Maschine), die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.
5. Versorgung mit Heilmitteln wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie.
6. Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
7. Schwangerschaft und Entbindung
 - a) Aufwendungen für Entbindung einschließlich der Leistungen von Hebammen, Beleghebammen, Entbindungspflegern und Belegentbindungspflegern. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, sind für die Dauer des stationären Aufenthalts der Wöchnerin erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger dafür leistungspflichtig ist.
 - b) Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers mit anschließender stationärer Betreuung im Wochenbett.

- c) Aufwendungen für Schwangerschaftskomplikationen und Bauchhöhlenschwangerschaft.
 - d) Aufwendungen für Fehlgeburt.
 - e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger werden gemäß Ziffer 1. bis 5. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung, der Sanatoriumsbehandlung beziehungsweise der Rehabilitationsmaßnahme.
§ 5 Teil I Absatz 3 bleibt hiervon unberührt.
9. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
10. Kosten, die während eines Auslandsaufenthalts durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport eines Erkrankten in ein Krankenhaus in Wohnortnähe bzw. ein anderes geeignetes Krankenhaus in Deutschland entstehen. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, sind diese Transportkosten nicht eingeschlossen.
11. Kosten für eine Begleitperson: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet.
12. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
13. In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn
- a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte,
 - b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war,
 - c) während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte,
 - d) er bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Berichte feststellt, dass er bei fristgerechtem Antrag eine Zusage gegeben hätte, oder
 - e) eine maximal 21 Tage dauernde medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.
Gleiches gilt für Aufwendungen für eine maximal 21 Tage dauernde medizinisch notwendige post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitation, wenn eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist.
Dauert die Anschlussheilbehandlung oder die postprimäre bzw. weiterführende Rehabilitation länger als 21 Tage, bedarf es jeweils ab dem 22. Tag jeweils einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.
Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
Im Übrigen bleibt die Einschränkung von § 5 Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in Verbindung mit § 5 Teil II Absatz 4 unberührt.
14. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Die Zusage wird bei entsprechender medizinischer Indikation erteilt. Abgedeckt sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
15. Aufwendungen für einen stationären Hospizaufenthalt, wenn dieser ärztlich verordnet wurde. Voraussetzung ist, dass eine nicht heilbare, fortschreitende oder weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, nach medizinischem Befund mit einer verbleibenden Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten auszugehen ist und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. Leistungen anderer Kostenträger, zum Beispiel aus der Pflegeversicherung, werden angerechnet.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
16. Aufwendungen für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und über eine Zulassung nach § 119 SGB V (siehe Anhang) verfügen. Voraussetzung ist, dass die Behandlung wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung oder einer drohenden Krankheit nicht von niedergelassenen Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen durchgeführt werden kann. Es ist eine entsprechende Überweisung von einem niedergelassenen und approbierten Arzt vorzulegen.
17. Aufwendungen für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten die unter Absatz 2 Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch einen behandelnden Arzt oder Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(4)

Tarife für zahnärztliche Heilbehandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzt. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder gegebenenfalls die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.

Das Kriterium der Niederlassung nach Teil I Absatz 2 Satz 1 gilt auch als erfüllt, sofern der Zahnarzt in einem zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrum im Sinne des § 95 SGB V, in einer Krankenhausambulanz oder in einer berufsrechtlich zulässigen Gemeinschaft eigenverantwortlich und medizinisch unabhängig tätig ist und die Liquidation einen Hinweis auf seine Person enthält.

1. Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten die Gebühren für

- a) allgemeine zahnärztliche Leistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit Aufwendungen für Zahnersatz und/oder Kieferorthopädie stehen,
- b) prophylaktische Leistungen (z.B. Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Verhütung von Karies und parodontalen Erkrankungen, lokale Fluoridierung oder lokale Anwendung von Medikamenten sowie professionelle Zahnreinigung),
- c) konservierende Leistungen (z.B. Versiegelungen, Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen), nicht jedoch für Kronen,
- d) chirurgische Leistungen (z.B. Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien),
- e) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- f) zahnärztliche Röntgendiagnostik,
- g) Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
- h) die zu den Leistungen gemäß 1 a) bis 1 g) gehörigen Material- und Laborkosten,
- i) funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit Aufwendungen für Zahnersatz oder Kieferorthopädie stehen.
- j) Zu Zahnbehandlung zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnbehandlungsmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

2. Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten die Gebühren für

- a) Kronen und Teleskopkronen einschließlich Verblendungen sowie Onlays,
- b) prothetische Leistungen (wie Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- c) implantologische Leistungen (Implantate, Knochenaufbau und Sinuslift) einschließlich Suprakonstruktionen,
- d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gebissfunktionsprüfung) sofern sie im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme durchgeführt werden,
- e) die zu den Leistungen gemäß Buchstabe a) bis d) gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten.
- f) Zu Zahnersatz zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt. Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

3. Als Aufwendungen für Kieferorthopädie gelten die Gebühren für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich funktionsanalytischer und -therapeutischer Leistungen sowie der zugehörigen Material- und Laborkosten.

Zu Kieferorthopädie zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 16. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Kieferorthopäden bzw. Zahnarzt. Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(5)

Tarife für Krankenhaustagegeld

1. Die Versicherungsleistungen unterliegen keiner zeitlichen Begrenzung, ausgenommen die Leistungen für Tuberkulose und psychische Erkrankungen und Störungen.
2. Bei stationärer Behandlung tuberkulöser Erkrankungen in Tbc-Heilstätten oder Tbc-Sanatorien werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen gezahlt. Versicherte, die diese Leistungen erhielten, haben nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom letzten Tag an, für den eine Leistung gezahlt wurde, Anspruch auf eine einmalige Wiederholung der gleichen Leistungen.
3. Bei stationärer Behandlung von psychischen Erkrankungen und Störungen – gleich welchen Ursprungs – werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen innerhalb der Vertragsdauer gezahlt.

4. Bei einer ärztlich angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird vom sechsten Tage an die tarifliche Leistung gezahlt, wenn durch Vorlage einer bundeswehrärztlichen Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung anstelle einer objektiv-medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.
5. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
6. Teil II Absatz 3 Ziffer 13. gilt entsprechend.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

- (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;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) (entfallen);
 - 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.

Teil II

- (1) **Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Absatz 1 Buchstabe a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird – von einem überraschenden Eintritt eines Kriegsereignisses wird ausgegangen, wenn vor Reiseantritt insoweit keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes für das betroffene Reisegebiet bestand – und das betroffene Reisegebiet nicht ohne Gefahr für Leib und Leben verlassen kann.**
Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen und Todesfälle, die durch terroristische Anschläge verursacht wurden, werden vom Versicherungsschutz umfasst.
- (2) Entgiftungsmaßnahmen fallen nicht unter die in Teil I Absatz 1 Buchstabe b) aufgeführten Einschränkungen. Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) werden abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe b) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 12. und Absatz 3 Ziffer 14. geschilderten Rahmen vom Versicherungsschutz erfasst.
- (3) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 Buchstabe e) entfällt.
- (4) Anschlussheilbehandlungen fallen abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 13 und Absatz 3 Ziffer 13 Buchstabe e) geschilderten Rahmen in den Versicherungsschutz.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (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.

Teil II

- (1) **Es sind die Originalrechnungen oder Duplikate mit Erstattungsangaben anderer Kostenträger einzureichen. Diese müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung bzw. bei Auslandsbehandlungen Aufstellung der Einzelleistungen, die Behandlungsdaten sowie Beginn und Ende der stationären Krankenhausbehandlung. Außerdem muss nachgewiesen werden, in welcher Pflegeklasse des Krankenhauses die Behandlung stattgefunden hat. Verordnungen sind zusammen mit der Behandlungskostenrechnung vorzulegen.**
- (2) **Für die Auszahlung des Krankenhaustagegelds genügt die Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, aus der der Name des Patienten, Bezeichnung der behandelten Krankheit sowie Beginn und Ende der stationären Heilbehandlung hervorgehen müssen.**
- (3) **Krankenhausausweis**
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (Teil I Absatz 6) insoweit nicht.
- (4) **Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.**

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- (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 Beitragsanteil 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 Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 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 Prozent des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.
Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- (7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags 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.
- (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 aufgrund des § 19 Absatz 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.

Teil II

- (1) **Der Versicherer kann einen Beitragsnachlass (Skonto) bei halbjährlicher bzw. jährlicher Beitragszahlung gewähren.**
- (2) **Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.**
- (3) **Abweichend von Teil I Absatz 4 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.**
- (4) **Beitragsrückerstattung**
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

- (5) **Abweichend von Teil I Absatz 6 und Absatz 7 ist der Versicherer berechtigt, ihm entstandenen Mahnkosten in der gesetzlich zulässigen Höhe geltend zu machen. Von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Gebühr bei Rückgabe einer Sepa-Lastschrift) kann der Versicherer ebenfalls in gesetzlich zulässiger Höhe geltend machen.**

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

- (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.
- (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.

Teil II

- (1)
- 1. Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.**
 - 2. Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche. Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.**
 - 3. Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.**
- (2) **Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung jährlich zugeschrieben und verwendet.**

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel 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 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) (entfallen)
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

- (1) **Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.**
- (2) **Bei Krankenhauskostentarifen wird bei Beitragsanpassungen gleichzeitig geprüft, ob eine Erhöhung im Tarif genannter Krankenhaustagegelder und Mindestleistungen möglich ist.**

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Krankheitskosten-Versicherungsvertrag 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 Krankenhaustagegeld-Versicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung gemäß Teil I Absatz 1 wird verzichtet. § 4 Teil I Absatz 5 bleibt hiervon unberührt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 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

Teil I

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

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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.

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

- (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.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-Versicherung 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 Krankheitskosten-Versicherung 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 Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflichtige steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren 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 Absatz 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 Schluss 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 Absatz 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absatz 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 Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrags (§ 195 Absatz 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 Übertragungswerts nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Teil II

- (1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.
- (2) Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.
- (3) Bei Kündigungen nach Teil I Absatz 3 besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskosten-Teilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes dort krankensicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung für den Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.
- (5) Teil I Absatz 8 Satz 2 gilt nicht für Tarife mit Übertragungswert, wenn der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 mit Tarifen ohne Übertragungswert abgeschlossen und zu einem späteren Zeitpunkt beim Versicherer in Tarife mit Übertragungswert umgestellt wurde. Der Aufbau des mitgabefähigen Übertragungswerts beginnt in diesem Fall ab Beginn der Versicherung in den Tarifen mit Übertragungswert.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskosten-Vollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeld-Versicherung oder einer Krankheitskosten-Teilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (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 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

Der Versicherer verzichtet auf die in Teil I Absatz 2 beschriebene Kündigungsmöglichkeit.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (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 Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II

- (1) **Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarifen für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen (GKV)**
Die Beendigung der Mitgliedschaft bzw. der Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis endet insoweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Veränderung. Der Nachweis über die Veränderung muss dem Versicherer innerhalb von drei Monaten ab dem Änderungszeitpunkt zugehen. Die Fortsetzung der Versicherung nach einem anderen Tarif des Versicherers, in dem die versicherte Person versicherungsfähig ist, kann in Textform beantragt werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Teil II

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt die Beihilfeberechtigung, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung der Krankheitskosten-Versicherung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit oder erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, 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 Veränderung gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall der Beihilfeberechtigung ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder die Beihilfeberechtigung entfällt, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Veränderung sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

- (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

Teil I

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags, die die in § 257 Absatz 2 a Nr. 2, 2 a und 2 b 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 Absatz 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- 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

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung 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 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

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 (zum Beispiel 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.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 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 Krankheitskosten-Versicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 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 dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskosten-Versicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(...)

§ 195 Versicherungsdauer

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

(...)

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

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

(...)

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

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) (...)
- (1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(...)

§ 119 Sozialpädiatrische Zentren

- (1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.
- (2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

§ 257 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung Beitragszuschüsse für Beschäftigte

- (1) (...)
- (2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder aufgrund von § 6 Absatz 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrags, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Absatz 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.
- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
 1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
 - 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- (...)

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

§ 1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung
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 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarifbeschreibung für die Krankheitskosten-Versicherung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KK 2019) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif MedKlinik 1-Bett S, MedKlinik 2-Bett S: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach den Tarifen MedKlinik 1-Bett S (MK1S) und MedKlinik 2-Bett S (MK2S) sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben, bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie das 44. Lebensjahr vollenden.

Im Anschluss daran ist gemäß Ziffer 4 eine Weiterversicherung in Tarif MedKlinik 1-Bett L (MK1L) bzw. MedKlinik 2-Bett L (MK2L) möglich – solange für die betreffende versicherte Person weiterhin Anspruch auf Leistungen der GKV besteht.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für die unter Buchstabe a) bis j) beschriebenen Leistungen bei Heilbehandlung im Krankenhaus. Im Folgenden gelten als stationäre Heilbehandlung sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen.

Sofern ein Anspruch auf Leistungen der GKV oder anderer Kostenträger, wie zum Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Die Beihilfe gilt nicht als anderer Kostenträger.

Eventuell bestehende Selbstbehalte durch einen mit der GKV vereinbarten Wahltarif gelten dabei als Vorleistung der GKV und sind nicht erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind die von der GKV verlangten gesetzlichen Zuzahlungen mit Ausnahme der unter Buchstabe i) aufgeführten Leistung.

Übernimmt die GKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen, so erkennt der Versicherer die medizinische Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung an.

Stationäre Anschlussheilbehandlungen, für die die GKV Kostenträger ist, sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 13 Buchstabe e) der AVB erfüllen.

Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind:

- abweichend von § 5 Teil II Absatz 4 der AVB stationäre Anschlussheilbehandlungen anderer Kostenträger als der GKV, wie zum Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung sowie
- abweichend von § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 8 der AVB sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

a) Privatärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (Wahlarzt, Belegarzt) im Rahmen einer stationären Heilbehandlung. Bei Vorliegen einer wirksamen individuellen Honorarvereinbarung werden die Kosten auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet.

b) Gesondert berechenbare Unterbringung

MedKlinik 1-Bett S:

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Kosten für die Unterbringung in einem Familienzimmer erstattungsfähig, sofern die Mutter nach diesem Tarif versichert ist. Eine eventuelle Beteiligung der GKV an den Kosten des Familienzimmers ist dem Versicherer mitzuteilen und wird auf die Erstattung angerechnet.

MedKlinik 2-Bett S:

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei gesondert berechenbarer Unterbringung im Einbettzimmer werden die Kosten erstattet, die bei Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Kosten für die Unterbringung in einem Familienzimmer bis zur Höhe der Kosten erstattungsfähig, die für die Unterbringung im Zweibettzimmer angefallen wären, sofern die Mutter nach diesem Tarif versichert ist. Eine eventuelle Beteiligung der GKV an den Kosten des Familienzimmers ist dem Versicherer mitzuteilen und wird auf die Erstattung angerechnet.

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung ebenfalls Aufwendungen für die mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmten, gesondert berechenbaren Komfortelemente, wie zum Beispiel vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon und Internet.

c) Rooming-In

Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson bei stationärer Heilbehandlung eines nach diesen Tarifen versicherten Kindes sind erstattungsfähig, sofern das Kind zu Beginn des Krankenhausaufenthalts das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. In diesem Fall wird die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson anerkannt.

d) Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für ambulant durchgeführte, stationärsersetzende Operationen im Krankenhaus.

Als stationärsersetzend gelten die zum jeweiligen Zeitpunkt im Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V – siehe Gesetzesanhang) als Kategorie 2 gekennzeichneten Operationen.

e) Vor- und nachstationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a des SGB V (siehe Gesetzesanhang).

f) Aufnahme- und Abschlussuntersuchung

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für ärztliche Leistungen für jeweils eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Aufnahmeuntersuchung wird innerhalb von sieben Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung beziehungsweise der ambulanten stationärsersetzenden Operation (gemäß Buchstabe d)) und die Abschlussuntersuchung innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Heilbehandlung beziehungsweise der ambulanten, stationärsersetzenden Operation (gemäß Buchstabe d)) durchgeführt und
- die Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung wird von einem Arzt oder dessen Vertreter durchgeführt, der entweder behandelnder Wahl- oder Belegarzt der versicherten Person während des Krankenhaus-Aufenthaltes oder behandelnder Arzt der versicherten Person bei der ambulanten stationärsersetzenden Operation gemäß Buchstabe d) ist.

g) Differenzkosten bei Wahl eines anderen Krankenhauses

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Mehrkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass vom Versicherten ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus, aufgesucht wird und die GKV ihre Leistung aus diesem Grund kürzt.

Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet.

Sofern das aufgesuchte Krankenhaus nicht nach dem KHEntG oder der BpflV abrechnet, z.B. weil es sich um eine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag mit der GKV handelt, so erfolgt keine Leistung für Allgemeine Krankenhausleistungen aus Tarif MedKlinik 1-Bett S bzw. MedKlinik 2-Bett S.

h) Wunschverlegung

Erstattungsfähig sind einmalig pro Versicherungsfall Aufwendungen für die Verlegung innerhalb Deutschlands in ein anderes Krankenhaus. Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn

- es sich bei der stationären Heilbehandlung nicht um eine Anschlussheilbehandlung handelt,
- das Zielkrankenhaus mindestens 50 km vom Ursprungskrankenhaus entfernt ist,
- die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird,
- die GKV die Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen im Zielkrankenhaus übernimmt,
- der Verlegung keine medizinischen Gründe entgegen stehen und
- die Verlegung vom Versicherer organisiert wird.

i) Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei Krankenfahrten und Krankentransporten

Erstattungsfähig ist die gesetzliche Zuzahlung für Krankenfahrten und -transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bzw. einer ambulanten, stationärsersetzenden Operation gemäß Buchstabe d).

j) Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT)

Werden bei einer stationären Heilbehandlung versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers als jeweilige Ersatzleistung ein Ersatz-KHT geleistet.

Die Ersatzleistungen werden für jeden Tag der stationären Heilbehandlung erbracht und können auch nebeneinander in Anspruch genommen werden.

MedKlinik 1-Bett S:

Voraussetzung	Erwachsene*	Kinder/Jugendliche
bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	50	25
bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

* Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.

MedKlinik 2-Bett S:

Voraussetzung	Erwachsene*	Kinder/Jugendliche
bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	30	15
bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

* Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Dauer einer stationären Anschlussheilbehandlung.

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und von Komfortelementen, sofern es sich um eine Fallkonstellation handelt, in der keine gesonderte Berechnung für die Unterbringung durch das Krankenhaus vorgesehen ist, zum Beispiel:

- bei Unterbringung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation,
- bei Unterbringung auf einer Station, auf der das Zweibettzimmer bzw. das Einbettzimmer Regelleistung ist,
- bei teilstationärer Behandlung in einer Tagesklinik.

3. Beiträge

Abweichend von § 8a Teil I Absatz 2 der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesen Tarifen keine Alterungsrückstellung gebildet.

Gemäß § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB zahlen Kinder ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche; Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.

Ergänzend hierzu bestimmt sich der Beitrag für Erwachsene ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 31. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

Die Möglichkeit einer Beitragsanpassung nach § 8b der AVB bleibt unberührt.

4. Umstellung und Befristung

- a) Auf Antrag des Versicherungsnehmers sind jeweils zum nächsten Monatsersten folgende Umstellungen ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten möglich:
 - von Tarif MedKlinik 1-Bett S in den leistungsgleichen Tarif MedKlinik 1-Bett L, in dem Alterungsrückstellungen gebildet werden,
 - von Tarif MedKlinik 2-Bett S in den leistungsgleichen Tarif MedKlinik 2-Bett L, in dem Alterungsrückstellungen gebildet werden.
- b) Die Versicherung nach Tarif MedKlinik 1-Bett S bzw. MedKlinik 2-Bett S endet spätestens mit Ablauf des 31. Dezembers des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 44. Lebensjahr vollendet. Es erfolgt im direkten Anschluss eine Umstellung in die leistungsgleichen Tarife MedKlinik 1-Bett L bzw. MedKlinik 2-Bett L, in denen Alterungsrückstellungen gebildet werden. Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Der Versicherungsnehmer wird mindestens einen Monat vor dem Umstellungszeitpunkt über die Umstellung vom Versicherer schriftlich informiert.

Der Versicherungsnehmer hat folgende Rechte:

1. Widerspruchsrecht

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Umstellung für die betreffende versicherte Person bis zum Umstellungszeitpunkt in Textform (z. B. per E-Mail oder Brief) zu widersprechen. Wenn der Versicherungsnehmer der Umstellung nicht bis zum Umstellungszeitpunkt widerspricht, gilt dies als Zustimmung zur Umstellung.

Im Falle eines fristgemäßen Widerspruchs endet der Vertrag nach Tarif MedKlinik 1-Bett S bzw. MedKlinik 2-Bett S mit Ablauf des 31. Dezembers des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 44. Lebensjahr vollendet.

Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, so hat die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis beginnend mit dem Umstellungszeitpunkt nach Tarif MedKlinik 1-Bett L bzw. MedKlinik 2-Bett L im eigenen Namen fortzuführen, sofern der Fortsetzungswunsch innerhalb von zwei Monaten nach dem Umstellungszeitpunkt in Textform beim Versicherer erklärt wird.

2. Sonderkündigungsrecht

Bei nicht erfolgtem Widerspruch nach 1. hat der Versicherungsnehmer in Anlehnung an § 13 Teil I Absatz 4 der AVB das Recht, den Vertrag für die betroffene versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Umstellungszeitpunkt rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt in Textform zu kündigen.

Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, hat der Versicherungsnehmer die Pflicht, die versicherte Person über eine erfolgte Kündigung zu informieren. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Erfüllung dieser Pflicht dem Versicherer nachweist.

In diesem Fall hat die versicherte Person das Recht, das Versicherungsverhältnis beginnend mit dem Umstellungszeitpunkt im eigenen Namen nach Tarif MedKlinik 1-Bett L bzw. MedKlinik 2-Bett L fortzuführen, sofern sie dies innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung in Textform beim Versicherer beantragt.

Voraussetzung für die Umstellung nach Buchstabe a) oder b) ist, dass für die betreffende versicherte Person weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der GKV besteht.

Zum Zeitpunkt der Umstellung nach Buchstabe a) oder b) wird der Neuzugangsbeitrag des dann erreichten tariflichen Lebensalters der betreffenden versicherten Person zugrunde gelegt. Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten nach der Umstellung fort. Eventuell vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

5. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1. Januar) des dritten und erneut zu Beginn des sechsten Versicherungsjahres* in Tarif MedKlinik 2-Bett S hat der Versicherungsnehmer das Recht, für die betreffende versicherte Person den Versicherungsschutz in den Tarif MedKlinik 1-Bett S ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten umzustellen, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Versicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett S hat ununterbrochen zwei bzw. fünf Versicherungsjahre* für die betroffene versicherte Person bestanden, wobei
 - die Zeiten einer unmittelbaren Vorversicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett L angerechnet werden sowie
 - die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung die Versicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett S sowie MedKlinik 2-Bett L nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist zum Umstellungszeitpunkt gegeben;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des dritten bzw. des sechsten Versicherungsjahres* in Textform beim Versicherer eingegangen sein.

* Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

Zum Zeitpunkt der Umstellung wird der Neuzugangsbeitrag des dann erreichten tariflichen Lebensalters der betreffenden versicherten Person zugrunde gelegt. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten nach der Umstellung fort. Eventuell vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

6. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 6 der AVB entfällt bei den Tarifen MedKlinik 1-Bett S und MedKlinik 2-Bett S für die betreffende versicherte Person die allgemeine Wartezeit.

Die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Teil I Absatz 3 der AVB bleiben unberührt.

Auch bei Vertragsänderungen gelten die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Teil I Absatz 6.

Tarif MedKlinik 1-Bett L, MedKlinik 2-Bett L: Krankenhauskosten-Zusatzversicherung

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach den Tarifen MedKlinik 1-Bett L (MK1L) und MedKlinik 2-Bett L (MK2L) sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für die unter Buchstabe a) bis j) beschriebenen Leistungen bei Heilbehandlung im Krankenhaus. Im Folgenden gelten als stationäre Heilbehandlung sowohl vollstationäre als auch teilstationäre Behandlungen.

Sofern ein Anspruch auf Leistungen der GKV oder anderer Kostenträger, wie zum Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Die Beihilfe gilt nicht als anderer Kostenträger.

Eventuell bestehende Selbstbehalte durch einen mit der GKV vereinbarten Wahltarif gelten dabei als Vorleistung der GKV und sind nicht erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind die von der GKV verlangten gesetzlichen Zuzahlungen mit Ausnahme der unter Buchstabe i) aufgeführten Leistung.

Übernimmt die GKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen, so erkennt der Versicherer die medizinische Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung an.

Stationäre Anschlussheilbehandlungen, für die die GKV Kostenträger ist, sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 13 Buchstabe e) der AVB erfüllen.

Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind:

- abweichend von § 5 Teil II Absatz 4 der AVB stationäre Anschlussheilbehandlungen anderer Kostenträger als der GKV, wie zum Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung sowie
- abweichend von § 4 Teil II Absatz 3 Ziffer 8 der AVB sonstige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

a) Privatärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (Wahlarzt, Belegarzt) im Rahmen einer stationären Heilbehandlung. Bei Vorliegen einer wirksamen individuellen Honorarvereinbarung werden die Kosten auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet.

b) Gesondert berechenbare Unterbringung

MedKlinik 1-Bett L:

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Kosten für die Unterbringung in einem Familienzimmer erstattungsfähig, sofern die Mutter nach diesem Tarif versichert ist. Eine eventuelle Beteiligung der GKV an den Kosten des Familienzimmers ist dem Versicherer mitzuteilen und wird auf die Erstattung angerechnet.

MedKlinik 2-Bett L:

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei gesondert berechenbarer Unterbringung im Einbettzimmer werden die Kosten erstattet, die bei Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Im Rahmen einer stationären Entbindung sind auch die Kosten für die Unterbringung in einem Familienzimmer bis zur Höhe der Kosten erstattungsfähig, die für die Unterbringung im Zweibettzimmer angefallen wären, sofern die Mutter nach diesem Tarif versichert ist. Eine eventuelle Beteiligung der GKV an den Kosten des Familienzimmers ist dem Versicherer mitzuteilen und wird auf die Erstattung angerechnet.

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung ebenfalls Aufwendungen für die mit der Deutschen Krankenhausesellschaft abgestimmten, gesondert berechenbaren Komfortelemente, wie zum Beispiel vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon und Internet.

c) Rooming-In

Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson bei stationärer Heilbehandlung eines nach diesen Tarifen versicherten Kindes sind erstattungsfähig, sofern das Kind zu Beginn des Krankenhausaufenthalts das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. In diesem Fall wird die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson anerkannt.

d) Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für ambulant durchgeführte, stationsersetzende Operationen im Krankenhaus.

Als stationsersetzend gelten die zum jeweiligen Zeitpunkt im Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V – siehe Gesetzesanhang) als Kategorie 2 gekennzeichneten Operationen.

e) Vor- und nachstationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a des SGB V (siehe Gesetzesanhang).

f) Aufnahme- und Abschlussuntersuchung

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für ärztliche Leistungen für jeweils eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Aufnahmeuntersuchung wird innerhalb von sieben Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung beziehungsweise der ambulanten stationsersetzenden Operation (gemäß Buchstabe d)) und die Abschlussuntersuchung innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Heilbehandlung beziehungsweise der ambulanten, stationsersetzenden Operation (gemäß Buchstabe d)) durchgeführt und
- die Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung wird von einem Arzt oder dessen Vertreter durchgeführt, der entweder behandelnder Wahl- oder Belegarzt der versicherten Person während des Krankenhaus-Aufenthaltes oder behandelnder Arzt der versicherten Person bei der ambulanten stationsersetzenden Operation gemäß Buchstabe d) ist.

g) Differenzkosten bei Wahl eines anderen Krankenhauses

Erstattungsfähig sind Mehrkosten für Allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass vom Versicherten ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus, aufgesucht wird und die GKV ihre Leistung aus diesem Grund kürzt.

Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet.

Sofern das aufgesuchte Krankenhaus nicht nach dem KHEntgG oder der BpflV abrechnet, z.B. weil es sich um eine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag mit der GKV handelt, so erfolgt keine Leistung für Allgemeine Krankenhausleistungen aus Tarif MedKlinik 1-Bett L bzw. MedKlinik 2-Bett L.

- h) Wunschverlegung**
Erstattungsfähig sind einmalig pro Versicherungsfall Aufwendungen für die Verlegung innerhalb Deutschlands in ein anderes Krankenhaus. Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn
- es sich bei der stationären Heilbehandlung nicht um eine Anschlussheilbehandlung handelt,
 - das Zielkrankenhaus mindestens 50 km vom Ursprungskrankenhaus entfernt ist,
 - die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird,
 - die GKV die Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen im Zielkrankenhaus übernimmt,
 - der Verlegung keine medizinischen Gründe entgegen stehen und
 - die Verlegung vom Versicherer organisiert wird.

- i) Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung bei Krankenfahrten und Krankentransporten**
Erstattungsfähig ist die gesetzliche Zuzahlung für Krankenfahrten und -transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bzw. einer ambulanten, stationärsersetzenden Operation gemäß Buchstabe d).

- j) Ersatz-Krankenhaustagegeld (Ersatz-KHT)**
Werden bei einer stationären Heilbehandlung versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers als jeweilige Ersatzleistung ein Ersatz-KHT geleistet.
Die Ersatzleistungen werden für jeden Tag der stationären Heilbehandlung erbracht und können auch nebeneinander in Anspruch genommen werden.

MedKlinik 1-Bett L:

Voraussetzung	Erwachsene*	Kinder/Jugendliche
bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	50	25
bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

* Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.

MedKlinik 2-Bett L:

Voraussetzung	Erwachsene*	Kinder/Jugendliche
bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und Komfortelementen in € je Krankenhaustag	30	15
bei Nichtinanspruchnahme gesondert berechenbarer privatärztlicher Leistungen während des gesamten Krankenhausaufenthalts in € je Krankenhaustag	50	25

* Versicherte Personen, die im betroffenen Kalenderjahr das 21. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben.

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Dauer einer stationären Anschlussheilbehandlung.

Kein Anspruch auf Ersatz-KHT besteht für die Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer Unterbringung und von Komfortelementen, sofern es sich um eine Fallkonstellation handelt, in der keine gesonderte Berechnung für die Unterbringung durch das Krankenhaus vorgesehen ist, zum Beispiel:

- bei Unterbringung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation,
- bei Unterbringung auf einer Station, auf der das Zweibettzimmer bzw. das Einbettzimmer Regelleistung ist,
- bei teilstationärer Behandlung in einer Tagesklinik.

3. Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn (1. Januar) des dritten und erneut zu Beginn des sechsten Versicherungsjahres* in Tarif MedKlinik 2-Bett L hat der Versicherungsnehmer das Recht, für die betreffende versicherte Person den Versicherungsschutz in den Tarif MedKlinik 1-Bett L ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten umzustellen, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Versicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett L hat ununterbrochen zwei bzw. fünf Versicherungsjahre* für die betroffene versicherte Person bestanden, wobei
 - die Zeiten einer unmittelbaren Vorversicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett S angerechnet werden sowie
 - die Zeiten einer Anwartschaftsversicherung die Versicherung nach Tarif MedKlinik 2-Bett L sowie MedKlinik 2-Bett S nicht unterbrechen;
- die Versicherungsfähigkeit ist zum Umstellungszeitpunkt gegeben;
- der Antrag auf Umstellung muss vor Beginn des dritten bzw. des sechsten Versicherungsjahres* in Textform beim Versicherer eingegangen sein.

* Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Das zweite und jedes weitere Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

Zum Zeitpunkt der Umstellung wird der Neuzugangsbeitrag des dann erreichten tariflichen Lebensalters der betreffenden versicherten Person zugrunde gelegt. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

Bereits bestehende besondere Vereinbarungen (z.B. Leistungsausschlüsse) gelten nach der Umstellung fort. Eventuell vereinbarte Zuschläge (z.B. Risikozuschläge) werden entsprechend angepasst.

4. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 3 Teil I Absatz 2 und 6 der AVB entfällt bei den Tarifen MedKlinik 1-Bett L und MedKlinik 2-Bett L für die betreffende versicherte Person die allgemeine Wartezeit.

Die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Teil I Absatz 3 der AVB bleiben unberührt.

Auch bei Vertragsänderungen gelten die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Teil I Absatz 6.

Gesetzesanhang für die Tarife MedKlinik 1-Bett S und MedKlinik 2-Bett S, MedKlinik 1-Bett L und MedKlinik 2-Bett L

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(...)

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. (...)

(...)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung Unisex

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands
der Privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KT 2013)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) 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.

- (5) 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 einen 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 (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.
- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
- (8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

Teil II

- (1) **Versicherungsfähig sind Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und das aus selbstständiger Tätigkeit erzielte Einkommen versteuern; in Tarifstufen mit einer Karenzzeit von 42 Tagen und länger auch solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind. Das Mindestaufnahmearter beträgt 16 Jahre.**

- (2) Arbeitnehmer haben auch während einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben anteiligen Anspruch auf Krankentagegeld. Voraussetzung dafür ist die vorherige schriftliche Zustimmung des Versicherers. Der Krankentagegeldanspruch verringert sich im Laufe der Wiedereingliederungsmaßnahme in dem Maße, in dem sich die Arbeitszeit erhöht. Das Krankentagegeld darf zusammen mit dem anteiligen Arbeitsentgelt oder anderen vom Arbeitgeber gewährten Leistungen, mit Entgeltersatzleistungen anderer Leistungsträger, mit etwaigen anderen Krankentagegeldern und einem etwaigen Krankengeld das zuletzt aus Arbeitnehmertätigkeit erzielte Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- (3) Bei fliegendem Personal (Piloten, Kabine) ist Fluguntauglichkeit gleichbedeutend mit Arbeitsunfähigkeit.
- (4) Die Schweiz wird den in Teil I Absatz 8 genannten Staaten gleichgestellt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

Teil I

- (1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausschlag der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.
- (2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.
- (3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.
- (4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.
- (5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags 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.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskosten-Versicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz

in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

Teil II

- (1) **Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden, mit Ausnahme der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.**
- (2) **Bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Teil I Absatz 5 wird die in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten für das gesamte versicherte Krankentagegeld angerechnet, mit Ausnahme der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.**
- (3) **Für konservierende und operative Zahnbehandlung beträgt die Wartezeit drei Monate.**
- (4) **Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.**
- (5) **Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zum Versicherer wechseln, wird – über die Regelung in Teil I Absatz 5 hinaus – die nachweislich dort in einer Krankheitskosten-Vollversicherung ununterbrochen zurückgelegte Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten der Krankentagegeld-Versicherung, die in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wird, angerechnet, wenn die Versicherung in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung beginnen soll. Dies gilt nicht für die Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5.**
- (6) **Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der allgemeinen und besonderen Wartezeiten bei erstmaligem Abschluss einer Krankentagegeld-Versicherung beim Versicherer, wenn gleichzeitig eine Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer abgeschlossen wird; auf die Einhaltung der Wartezeit gemäß § 1a Teil I Absatz 5 wird nicht verzichtet. Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Personen erstmalig in den Vertrag aufgenommen, so gilt die Regelung wie bei erstmaligem Vertragsabschluss sinngemäß.**

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
- (4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.
Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
- (5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
- (6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwäische Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehe-

gatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

- (8) 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.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten und Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Absatz 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

- (1) **Das versicherte Krankentagegeld wird unter Beachtung der §§ 1a, 7 und 15 ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.**
- (2) **Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der Arbeitnehmertätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifstufe mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden. Zu solchen Anträgen erfolgt keine erneute Risikoprüfung, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Einkommens bzw. der Entgeltfortzahlung zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegelds Leistungspflicht besteht. Die Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit sind auf Verlangen nachzuweisen. Gleiches gilt sinngemäß bei der Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit für Selbstständige, sofern die Einkommenserhöhung aus dem abgelaufenen Kalenderjahr spätestens innerhalb der darauffolgenden zwei Monate durch Vorlage der Einkommensteuererklärung oder des Einkommensteuerbescheids nachgewiesen wird.**
- (3) **Selbstständige:**
Abweichend von Teil I Absatz 2 Satz 2 ist bei Selbstständigen für die Berechnung des Nettoeinkommens das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgebend; abweichend von § 1a Teil I Absatz 3 Satz 2 ist bei Selbstständigen für die Berechnung des Nettoeinkommens das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Mutterschutzfrist maßgebend. Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt bei Selbstständigen der aus der selbstständigen Tätigkeit in dem maßgeblichen Kalenderjahr erzielte Gewinn im Sinne von § 4 Absatz 3 Einkommensteuergesetz (Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben) nach Abzug der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag).
Für Versicherte, die als freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) versicherte Selbstständige grundsätzlich Anspruch auf Leistungen aus der GKV mit einem Anspruch auf Krankengeldzahlung haben, ist bei der Bestimmung des Nettoeinkommens von dem nach Satz 2 ermittelten Betrag zusätzlich abzuziehen:
- der bezogen auf die selbstständige Tätigkeit vom Selbstständigen zu entrichtende Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung.
- (4) **Arbeitnehmer:**
Als das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt bei Arbeitnehmern monatlich ein Zwölftel des regelmäßigen jährlichen Nettoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit, welches dem Bruttojahresarbeitsentgelt (einschließlich fester und etwaiger, bereits wiederholt vereinbarter variabler Vergütungsbestandteile, ohne einmalige Sonderzahlungen) abzüglich der hierauf anfallenden Steuern (insbesondere Einkommensteuer und Solidaritätszuschlag) entspricht.
- a) Für Versicherte der Krankheitskosten-Vollversicherung (PKV-Vollversicherte) sind bei der Bestimmung des Nettoeinkommens zu dem nach Satz 1 ermittelten Betrag
- die Arbeitgeberanteile der Beiträge zur Kranken- und Pflegepflicht-Versicherung
 - sowie die Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. zu gleichzusetzenden berufsständischen Versorgungswerken hinzuzurechnen
 - und der Arbeitnehmeranteil für die Arbeitslosenversicherung abzuziehen.
- b) Für Versicherte, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) als Pflichtversicherte oder freiwillig Versicherte Anspruch auf Leistungen haben, ist bei der Bestimmung des Nettoeinkommens von dem nach Satz 1 ermittelten Betrag zusätzlich abzuziehen:
- der Arbeitnehmeranteil des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung.

- (5) In Abweichung von Teil I Absatz 9 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt, die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war oder während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
- (6) In Erweiterung zu Teil I Absatz 2 darf das Krankentagegeld auch zusammen mit weiteren Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Verletztengeld) das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Ansonsten erfolgt im Leistungsfall eine entsprechende Kürzung des zu zahlenden Krankentagegelds.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
 - ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
 - während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
 - wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
 - während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltswitzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Teil II

- (1) Die Einschränkung der Leistungspflicht nach Teil I Absatz 1 a) bei Arbeitsunfähigkeit wegen durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.
- (2) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 c) entfällt.
- (3) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 d) entfällt bei medizinisch notwendigem Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt. Für Tarife mit einer Karenzzeit von mindestens sechs Wochen entfällt die Einschränkung auch bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft – dies gilt nicht bei Fluguntauglichkeit.
- (4) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 g) entfällt bei einer im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit erforderlich gewordenen Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. Rehabilitationsmaßnahme, wenn bei deren Beginn die Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Wochen bestand und der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage erteilt hat. Etwai-ge Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (zum Beispiel Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.
- (5) In Abweichung zu Teil I Absatz 2 leistet der Versicherer auch für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort. § 4 Teil I Absatz 9 und § 4 Teil II Absatz 5 bleiben hiervon unberührt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) 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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am 30. Tag nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Absatz 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- (4) 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 Beitragsanteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II

- (1) **Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 2 Prozent bei halbjährlicher bzw. 4 Prozent bei jährlicher Beitragszahlung.**
- (2) **Endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.**
- (3) **Beitragsrückerstattung**
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

- (4) Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Retourgebühren) geltend zu machen.
- (5) Die Beiträge sind auch während des Bezugs von Versicherungsleistungen zu zahlen.
- (6) Abweichend von Teil I Absatz 3 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; 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.
- (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.

Teil II

- (1) Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Personen festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- (2) Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten 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 ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) (entfallen)
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II

Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungs-

pflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

- (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 für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Teil II

- (1) **Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens zum ersten Leistungstag des vereinbarten Tarifs anzuzeigen.**
- (2) **Aus der ärztlichen Bescheinigung muss die Bezeichnung der Krankheit oder der Unfallfolgen ersichtlich sein.**
- (3) **Eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten und vom Behandelnden auszufüllenden Vordruck mindestens 14-tägig nachzuweisen.**
- (4) **Die Verpflichtung des Versicherungsnehmers gemäß § 4 Teil I Absatz 3 und die Regelung über die Änderung des Versicherungsvertrags gemäß § 4 Teil I Absatz 4 gelten sinngemäß auch bei einer Änderung der Dauer der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit.**

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 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 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Teil I

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Absatz 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Teil I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

- (3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeld-Versicherung 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 Krankentagegeld-Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur 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 Versicherungsvertrags zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.
- (5) 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 Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) 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.

Teil II

- (1) **Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von zwölf Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.**
- (2) **Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.**
- (3) **Der Versicherungsvertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird.**
- (4) **Die Kündigung gemäß Teil I Absatz 3 kann zum Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, der entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Mit diesem Tag endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I.**
- (5) **Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.**

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Absatz 3.

Teil II

Besteht zusätzlich zu einem Tarif mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei dem Versicherer, so verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bezüglich dieses Tarifs.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
- bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherte seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
 - mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherte seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeld-Versicherung zu verlangen;
 - mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
 - bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Teil II

- (1) **In Abweichung von Teil I Absatz 1 c) endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit dem Bezug von Altersrente, spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird. Es besteht das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeld-Versicherung zu verlangen, sofern Versicherungsfähigkeit besteht; die neue Versicherung endet spätestens zum Ende des Kalendermonats, in dem das 75. Lebensjahr vollendet wird.**
- (2) **Bei Wegfall der beruflichen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses der betroffenen Person – gegebenenfalls zu neuen Bedingungen oder nach anderen gleichartigen Tarifen – vereinbart werden.**
- (3) **Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oder die Dauer des Bezugs der Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Erhält eine versicherte Person eine gesetzliche oder private Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit, wenn gleichzeitig die Voraussetzungen nach Teil I Absatz 1 Buchstabe b) nicht erfüllt sind, wird diese auf die Leistung aus der Krankentagegeld-Versicherung angerechnet. Die Anrechnung erfolgt ab Rentenbezug. Ist die Rentenzahlung mindestens so hoch wie der Anspruch aus der Krankentagegeld-Versicherung, besteht demnach für die Dauer des Rentenbezugs kein Anspruch auf Krankentagegeld. Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Person ab dem Zeitpunkt des Rentenbezugs die Krankentagegeld-Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortführen. Der Antrag ist innerhalb von zwei Monaten seit Bezug der Rente, bei rückwirkendem Rentenbezug gerechnet ab deren Bewilligung, zu stellen.**
- (4) **Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeld-Tarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Anspruch auf Fortsetzung der Versicherung in einem Krankentagegeld-Tarif mit kürzerer Karenzzeit besteht dabei nur bei Änderung der Lohnfortzahlungsdauer. Der Versicherte kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.**
- (5) **Entsprechend § 1 Teil II Absatz 4 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Absatz 1 e) betroffenen Staaten.**

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

- (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

Teil I

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

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

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 (zum Beispiel 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.

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (...)

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 196 Befristung der Krankentagegeld-Versicherung

- (1) Bei der Krankentagegeld-Versicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeld-Versicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeld-Versicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

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

§ 1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung **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 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 4 **Gewinnbegriff im Allgemeinen**

- (...)
- (3) Steuerpflichtige, die nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, Bücher zu führen und regelmäßig Abschlüsse zu machen, und die auch keine Bücher führen und keine Abschlüsse machen, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen. Hierbei scheiden Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben aus, die im Namen und für Rechnung eines anderen vereinnahmt und verausgabt werden (durchlaufende Posten). Die Vorschriften über die Bewertungsfreiheit für geringwertige Wirtschaftsgüter (§ 6 Absatz 2), die Bildung eines Sammelpostens (§ 6 Absatz 2a) und über die Absetzung für Abnutzung oder Substanzverringerung sind zu befolgen. Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für nicht abnutzbare Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, für Anteile an Kapitalgesellschaften, für Wertpapiere und vergleichbare nicht verbrieft Forderungen und Rechte, für Grund und Boden sowie Gebäude des Umlaufvermögens sind erst im Zeitpunkt des Zuflusses des Veräußerungserlöses oder bei Entnahme im Zeitpunkt der Entnahme als Betriebsausgaben zu berücksichtigen. Die Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens und Wirtschaftsgüter des Umlaufvermögens im Sinne des Satzes 4 sind unter Angabe des Tages der Anschaffung oder Herstellung und der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder des an deren Stelle getretenen Werts in besondere, laufend zu führende Verzeichnisse aufzunehmen.
- (...)

Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3 **Schutzfristen vor und nach der Entbindung**

- (1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

- (2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen
1. bei Frühgeburten,
 2. bei Mehrlingsgeburten und,
 3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.
- Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

(...)

Tarifbeschreibung für die Krankentagegeld-Versicherung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld-Versicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KT 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KT 2013) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif 37:

Krankentagegeld-Versicherung

Leistungen

Das Krankentagegeld wird in der vereinbarten Höhe vom ersten Leistungstag an für jeden Tag der weiteren völligen Arbeitsunfähigkeit oder bei einem Versicherungsfall gemäß § 1a Teil I der AVB für jeden Tag innerhalb der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag – auch für Sonn- und Feiertage – gezahlt.

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 1 Euro abgeschlossen werden.

Erster Leistungstag ist bei Tarif 37 der 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (42 Tage Karenzzeit).

Die Karenzzeit gilt für jeden Versicherungsfall neu.

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber bei Arbeitnehmern bei der Fortzahlung des Entgelts berechtigterweise zusammenrechnet, werden auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet. Für Selbstständige gilt diese Bestimmung sinngemäß.

Ergänzende Unterlagen zum Antrag

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifs auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich gegebenenfalls gesondert über diese Regelungen.

