

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 1994 des Verbandes
der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) §§ 1 - 19

Teil II Tarifbedingungen der AXA Kranken-
versicherung AG (TB 2005) Nr. 1 - 38

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall

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

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus § 4 MB/KK 94 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt.

- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld

Nr. 1 a Besondere Bedingungen

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

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

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

- a) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

Nr. 2 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

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

Nr. 3 Vorsorgeuntersuchungen

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

- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats

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

Nr. 4 Weltgeltung

(1) Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthalts besteht - außer in Fällen zweckgerichteter Heilbehandlung außerhalb der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) (Nr. 19 c TB) - weltweit Versicherungsschutz, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, spätestens zum ersten Werktag des dritten Monats eines Auslandsaufenthalts dem Versicherer eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen.

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

(2) Über die in Abs. (1) genannte Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz ausserhalb der Bundesrepublik Deutschland, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 37 Abs. 2 TB). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(3) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 37 Abs. (1) TB entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

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

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

(6) Ein gemäß Abs. (2) vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des auf den Auslandsaufenthalt folgenden Monats, wenn die versicherte Person dauerhaft nach Deutschland zurückkehrt.

Nr. 5 Rücktransport/Überführung aus dem Ausland

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

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

(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 ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Altersrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluß vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Aufnahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluß des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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

Nr. 6 Kindernachversicherung

Sind beide Elternteile gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 94 beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

- a) bei Unfällen,
- b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach Eheschließung beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet - Voraussetzung ist, daß die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluß beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

Nr. 7 Wartezeitverzicht

(1) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der besonderen Wartezeiten für Psychotherapie und Kieferorthopädie. Darüber hinaus verzichtet er in der Krankheitskostenvollversicherung auf die Einhaltung aller Wartezeiten.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

(2) Bei nachweislich unmittelbarem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung schließt der Versicherungsschutz direkt an die Vorversicherung an.

(3) Wenn und soweit Wartezeiten vorgesehen sind, können diese aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muß, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

Nr. 8 Erhöhung des Versicherungsschutzes

Besteht ein Versicherungsschutz bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, mehr als 3 Jahre, verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes bzw. Tarifwechsel innerhalb der gleichen Versicherungsart auf die Einhaltung der Wartezeiten

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

Nr. 9 Heilbehandler

(1) Als Heilbehandler gelten auch freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger.

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

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

Nr. 10 a Gebührenordnung

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

Nr. 10 b Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

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

(2) Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen.

Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10% von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen.

Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muß; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen.

Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Nr. 10 c Ambulante Behandlung im Ausland

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

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

Nr. 11 Definitionen

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

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

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

Ändern sich Leistungsinhalte oder angegebene Höchstsätze bei der als Vergleichsbasis herangezogenen Heilmittelliste des Bundes, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Inhalte und Höchstpreise entsprechend anpassen.

Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt ist.

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die nachfolgend aufgezählten:

1. Sehhilfen, elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450 Euro brutto), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1450 Euro brutto pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;
2. Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 37 Euro an), orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist;
3. Körpersersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 400 Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;
4. Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, enterale Ernährung und Zubehör;
5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;
6. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzuckermeßgeräte, Blutdruckmeßgeräte;
7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Hemodialysegeräte, Allergiker-Bettwäsche (= Encasings, bis max. 200 Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt - eines Blindenhundes.

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

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

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

Nr. 12 Angemessene Entgelte

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflege-satzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Angemessenheit des Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, gelten als angemessen, sofern sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflege-satzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten.

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

Nr. 13 Besondere Unterbringungsformen

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

(2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 94 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

(3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 13 a Vor- und Nachuntersuchung

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

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

Nr. 13 b Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

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

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

(2) Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.

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

Nr. 14 Beitragsrückerstattung

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

Dies kann geschehen durch:

Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

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

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

(4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, daß

- ein Tarif, für den Beitragsrückerstattung gezahlt werden soll, während des letzten Geschäftsjahres ununterbrochen bestanden hat,
- Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen wurden, oder, soweit Tarife einen Verhaltensbonus vorsehen, der Versicherte die vom Versicherer vorgegebenen Verhaltensweisen erfüllt.
- die Versicherung mindestens bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres noch fortbestand (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit während der ersten 7 Monate des laufenden Geschäftsjahres beendet wurde).

Für die Auszahlung von gutgeschriebenem Beitragsteilen ist zudem Voraussetzung, daß die anspruchsberechtigte Person im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung mindestens 3 Versicherungsjahre bei der AXA Krankenversicherung versichert ist (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch den Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit im zweiten oder dritten Versicherungsjahr beendet wurde).

(5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifes maßgebend, die für den Juni des abgelaufenen Geschäftsjahres zu zahlen war. Nicht berücksichtigt wird der gesetzliche Zuschlag, der der Beitragssicherung im Alter zufließt.

Nr. 15 Leistungen bei unterjährigen Tarifbeginnen bzw. -wechseln

Im ersten Versicherungsjahr beträgt der Tarifselbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8b MB/KK 94).

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 16 Wehrdienstbeschädigung

Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 94 geleistet.

Nr. 16 a Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 94 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraus-

setzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 94 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

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

Nr. 17 Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

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

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

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

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

- für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluß eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

Nr. 18 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

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

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

- allgemeine Krankenhausbehandlung 46,02 Euro pro Tag
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer 71,58 Euro pro Tag
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer 97,15 Euro pro Tag

im Rahmen der Krankheitskostenzusatzversicherung bei Tarifen mit Leistungen für

- privatärztliche Behandlung 5,11 Euro pro Tag
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer 12,78 Euro pro Tag
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer 19,43 Euro pro Tag

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

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

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

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

Nr. 19 Kur- und Badeorte

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

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

- f) entfällt
g) für Behandlungen durch Ehegatten, 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 worden sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Nr. 19 a Berücksichtigung der preislichen Angemessenheit

Die Herabsetzungsbefugnis gemäß § 5 Abs. 2 MB/KK 94 besteht auch, wenn die Aufwendungen für eine Heilbehandlung oder eine sonst vereinbarte Leistung die Angemessenheit gemäß Nr. 1 TB überschreiten. Über die in § 4 MB/KK 94 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB vereinbarten Grenzen hinaus ist eine Erstattung ausgeschlossen.

Nr. 19 b entfällt

Nr. 19 c Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

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

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

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

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

Nr. 19 d Anwendbares Recht und Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

Für Klagen von Versicherungsnehmern, die sich nicht in Deutschland aufhalten, gilt die in Nr. 38 TB geregelte Gerichtsstands- und Rechtsvereinbarung.

- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, un-

beschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankentagegeld nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 20 Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.

Die Belege der in § 4 Abs. 2 MB/KK 94 genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

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

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

(4) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31. 3. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

- (2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).

- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.

Nr. 21 Legitimation des Überbringers

Bestehen Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders, zahlt der Versicherer die Krankheitskosten und/oder das Krankentagegeld an den Versicherungsnehmer.

- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Nr. 22 Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, daß sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

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

Nr. 23 Überweisungskosten

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Nr. 24 Eintrittsalter

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

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 24 Abs. 1, Satz 2, erreicht hat.

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

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, daß sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.

Nr. 25 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlaß

(1) Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 94 verzichtet der Versicherer auf den Beitrag für den Geburtsmonat.

(3) Wird der Beitrag für 12 Monate im voraus gezahlt, so ermäßigt er sich um 3%, bei 6-monatiger Vorauszahlung um 2%.

(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 Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

Nr. 26 Mahnkosten

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

(6) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

Nr. 27 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den "Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)", auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes wird das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, daß eine Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

Nr. 28 entfällt

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

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieses Tarifs 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 Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen, und, soweit erforderlich, angepaßt.

Nr. 29 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor

(1) Der in § 8b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 94 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife 10%.

(2) Abweichend von der Regelung des § 8b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 94, wonach der Versicherer bei dem in Nr. 29 Abs. 1 TB genannten Vomhundertsatz die Überprüfung der technischen Berechnungsgrundlagen durchzuführen hat, kann der Versicherer unter den übrigen in § 8b Abs. 1 MB/KK 94 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des jeweiligen Tarifs anpassen.

(3) Die Überprüfung aller Tarifbeiträge wird durchgeführt, wenn die Abweichung in mindestens einer Bestandsgruppe (Männer, Frauen, Kinder und Jugendliche) oberhalb des Anpassungsfaktors liegt.

(4) Unterscheidet sich das Leistungsversprechen der Tarife nur durch eine unterschiedliche prozentuale Erstattung oder unterschiedliche absolute Selbstbehalte, so gelten diese bei der Anpassung - unbeschadet des tariflichen Umwandlungsanspruches gemäß § 1 Abs. 5 MB/KK 94 - als ein Tarif.

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

(3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

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

Nr. 30 Meldung einer Krankenhausbehandlung
Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.
§ 4 Abs. 5 MB/KK 94 bleibt unberührt.

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

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

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

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

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

Nr. 30 a Unfall-Krankenhaustagegeld
Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 94 nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

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

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf

einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Nr. 31 Festzeitvertrag

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

Nr. 32 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

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

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Nr. 33 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 94 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

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

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

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

Nr. 34 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht. Das verbleibende Kündigungsrecht ist auf die Krankenhaustagegeldversicherung, die nicht zusammen mit einer Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung AG abgeschlossen wurde, beschränkt und kann nur zum Ende des dritten Versicherungsjahres ausgeübt werden.

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

Nr. 35 Zeitliche Begrenzung des Rücktrittsrechts

Der Rücktritt gemäß den §§ 16 bis 20 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) - schuldhaftes Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht - ist ausgeschlossen, wenn seit Abschluß des Versicherungsvertrages bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes 3 Jahre verstrichen sind.

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

Nr. 36 Ehescheidungen, Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 94 gilt entsprechend.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland, es sei denn, es wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Mitgliedsstaat des europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Nr. 37 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

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

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 3 MB/KK 94 bzw. Nr. 4 Abs. (2) TB im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. (1) nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthaltes bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 4 Abs. (2) TB getroffen wurde nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 94.

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

§ 17 Klagefrist/Gerichtsstand

(1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

(3) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

Nr. 38 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Für das Versicherungsverhältnis gilt deutsches Recht.

(2) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 4 Abs. 1 TB), richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22. 12. 2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers in einem Land außerhalb der EU oder des EWR (vgl. Nr. 4 Abs. (1) TB), sind Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln einzureichen. Auch für die Begründung sonstiger Gerichtsstände gilt ausschließlich deutsches Recht, insbesondere die deutsche Zivilprozessordnung und das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz.

(4) Für das englischsprachige Ausland gilt die am Ende der Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit * gekennzeichnete Regelung.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden

- bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
- bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

(2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

(3) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

(4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, daß versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2a-c SGB V (Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

*) Regelung zur Geltung deutschen Rechts/des Gerichtsstandes für das englischsprachige Ausland

Alle Streitigkeiten zwischen den Parteien, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen oder sich daraus ergeben, unterliegen ausschließlich deutschem Recht.

Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die Deutsche Zivilprozeßordnung zuläßt. Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wieder gegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass außer den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

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

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

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

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte.

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrags, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuß nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, nach § 249 Abs. (2) Nr. 3 als Beitrag zu tragen hätte.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. (3) a 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

Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Abs. (1) Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Abs. (2) bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, 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 oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz (1) Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Beitrag 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 Abs. (1) des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das Jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - a) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die in Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären.
 - b) sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
 - c) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.
 3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden;
 4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
 5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuß nach Absatz (2) erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.
- Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, daß die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

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

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

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

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. (3), die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrags, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. (3), die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz (2) hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des aus dem Vorruhestandsgeld bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) und neun Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen als Beitrag errechneten Betrages, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Absatz (2) Satz 3 gilt entsprechend.