

Allgemeine  
Versicherungsbedingungen

# Krankenversicherung

Stand: 01.01.2003

Die VICTORIA. Ein Unternehmen der **ERGO** Versicherungsgruppe.

# Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b>Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung</b>	
	Teil 1	
	Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994)	Seite 1
	Teil 2	
	Tarifbedingungen	Seite 1
	Teil 3	
	Versicherungsschutz für Privatpatienten	
	Tarife AB, AN, ZB, ZS 60 und SB	Seite 7
	Versicherungsschutz für Beihilfeberechtigte	
	Tarife AB, AN, ZB, SB, BE und BE 1	Seite 9
	Versicherungsschutz für Beamte in der Ausbildung	Seite 12
	Versicherungsschutz für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen	
	Tarife AC, GZ, GE und GEP	Seite 13
	Krankenhaus- und Kurtagegeldtarife	
	Tarife KH und KB	Seite 15
	Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifes GE für zahntechnische Leistungen	Seite 16
<b>II</b>	<b>Krankheitskostenversicherung nach Tarif ET</b>	
	Teil 1	
	Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994)	Seite 18
	Teil 2	
	Tarifbedingungen	Seite 18
	Teil 3	
	Versicherungsschutz für Privatpatienten	
	Tarif ET	Seite 22
<b>III</b>	<b>Krankheitskostenversicherung nach Tarif XL</b>	
	Teil 1	
	Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994)	Seite 24
	Teil 2	
	Tarifbedingungen	Seite 24
	Teil 3	
	Tarif XL	Seite 29
<b>IV</b>	<b>Krankheitskostenversicherung nach Tarif BSS</b>	
	Teil 1	
	Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994)	Seite 31
	Teil 2	
	Tarifbedingungen	Seite 31
	Teil 3	
	Tarif BSS - Basistarif Spezial	Seite 35
<b>V</b>	<b>Krankentagegeldversicherung</b>	
	Teil 1	
	Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 1994)	Seite 37
	Teil 2	
	Tarifbedingungen	Seite 37
	Teil 3	
	Versicherungsschutz für Angestellte und Selbständige	
	Tarif TG	Seite 42
	Versicherungsschutz für freiberuflich Tätige	
	Tarif FT	Seite 42
<b>VI</b>	<b>Pflegezusatzversicherung</b>	
	Bedingungsteil AVB/PZ 1994	Seite 43
	Tarif PZ	Seite 46
<b>VII</b>	<b>Pflegepflichtversicherung</b>	
	Bedingungsteil MB/PPV 1996	Seite 47
	Tarif PV	Seite 53
	Pflegehilfsmittelverzeichnis	Seite 55
<b>VIII</b>	<b>Anwartschaftsversicherung</b>	
	Anwartschaftsversicherung wegen Pflichtversicherung, Auslandsaufenthaltes, wirtschaftliche Gründe	Seite 57
	Anwartschaftsversicherung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge	Seite 58
	Anwartschaftsversicherung Tarif F für Personen mit Heilfürsorge	Seite 59
<b>IX</b>	<b>Anhang</b>	Seite 60

# I Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

## Teil 1: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994)

### Teil 2: Tarifbedingungen

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

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

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(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 (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluß vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(6) Abweichend von Absatz 4 Satz 3 besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz während der ersten 6 Monate, wenn der Vertrag nach den für den Versicherungsschutz in Frage kommenden Tarifen bei Beginn des Auslandsaufenthaltes bereits 12 Monate besteht. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 6 Monate ausgedehnt werden, besteht Versiche-

rungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 3 Monate.

(7) Als Versicherungsfall gelten auch gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung schwerer Erkrankungen, wie z. B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankung und Tuberkulose, ohne Altersbegrenzung.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne 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.

(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.

(4) Abweichend von Abs. 2 Satz 2 kann in den Tarifen für ambulante Heilbehandlung die Tarifstufe (Selbstbehaltstufe) frei gewählt werden.

(5) Der Vertrag wird grundsätzlich für drei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem der Vertrag beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

### § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

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

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

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

(5) Personen, die aus 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.

(7) Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

(8) Sämtliche Wartezeiten - außer für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung - können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen untersuchen lassen. Gehen die ärztlichen Untersuchungsbefunde auf den vorgeschriebenen Formularen nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der

Antrag für den Abschluß einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

(9) Vermindert sich der Beihilfeanspruch für eine beihilfeberechtigte versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, daß er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, 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 Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Veranlassung des Versicherers nachzuweisen.

(10) Abweichend von Abs. 6 verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb eines Tarifs oder bei Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeiten.

(11) In der Krankheitskostenvollversicherung wird für Personen, die aus einer anderen privaten Krankenversicherung ausscheiden, auf die Einhaltung der Wartezeiten verzichtet, wenn

a) die Versicherung in unmittelbarem Anschluß an die bisherige Versicherung beginnt,

b) beim bisherigen Versicherer Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung bestand,

c) die Vorversicherungszeit ununterbrochen mindestens 8 Monate betragen hat.

#### § 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.

(2a) Ferner dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso 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) Tarife für ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Beratungen, Besuche einschl. Wegegebühren, ärztliche Sonderleistungen, Operationen, Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie, Leistungen einer freiberuflichen Hebamme bei ambulanter Entbindung sowie medizinisch notwendige Transporte zur ambulanten Notfallbehandlung. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern werden Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, physikalisch-therapeutische Anwendungen und Röntgendiagnostik erstattet.

b) Arznei- und Verbandmittel

Dazu zählen nicht: Nähr- und Entfettungsmittel, Stärkungspräparate; kosmetische, vorbeugende Regenerations- und Desinfektionsmittel, Weine, Mineralwasser und Tee, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Als Arzneimittel gelten jedoch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

c) Heil- und Hilfsmittel

Als Heilmittel gelten ärztlich verordnete medizinische und elektrische Bäder, Massagen, Inhalationen, Bestrahlungen und sonstige therapeutische Anwendungen des elektrischen Stroms. Unter Hilfsmittel fallen ärztlich verordnete Brillengläser, Brillengestelle in einfacher Ausführung, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Bandagen, Gummistrümpfe und Einlagen. Große Hilfsmittel (Prothesen, Hörgeräte, orthopädische Schuhe, Krankenstühle u. ä.) werden alle drei Jahre erstattet.

d) Psychotherapie bis zu 20 Sitzungen im Versicherungsjahr.

(8) Tarife für stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 i.V.m. §§ 10-14 Bundespflegesatzverordnung)

Dazu zählen Fallpauschalen, Sonderentgelte, tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesätze, entsprechende teilstationäre Pflegesätze und Belegpflegesätze), vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme.

b) Walleistungen (§ 22 Bundespflegesatzverordnung)

Dazu zählen gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, gesondert berechenbare Leistungen und privatärztliche Behandlung.

c) Unterscheidet eine Krankenanstalt nach Pflegeklassen, dann entspricht die 1. Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse einem Zimmer mit drei oder mehr Betten.

(9) Tarife für zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnbehandlung

Dazu zählen konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlung von Parodontose sowie vorbeugende Untersuchungen.

b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Als Zahnersatz gelten Prothesen sowie Brücken, Kronen und Stifzähne.

(10) Tarif für Kurbehandlung

Für ärztlich verordnete Kuren wird ein Kurtagegeld gezahlt. Die medizinische Notwendigkeit der Kur ist durch ein ärztliches Gutachten vor Beginn der Kur nachzuweisen. Die Kosten des Gutachtens trägt der Versicherungsnehmer.

(11) Tarife für Krankenhaustagegeld und Unfall-Krankenhaustagegeld

Krankenhaustagegeld wird gezahlt

a) für Krankheiten und Unfälle sowie Entbindungen;

b) bei Behandlung in Truppensanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag.

c) Unfall-Krankenhaustagegeld wird gezahlt bei stationärer Behandlung wegen Unfall. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle gelten

nicht Berufs- und Gewerkrankheiten, Erkrankungen infolge psychischer Einwirkungen sowie Infektionskrankheiten.

Abs. 11 Buchstabe b gilt entsprechend.

d) Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Unfall-Krankenhaustagegeld gezahlt.

(12)

a) Aus dem Überschuß der Gesellschaft wird satzungsgemäß eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf. Als Verwendungsart der Überschüsse der nach diesen Bedingungen gültigen Tarife kommt insbesondere die Beitragssenkung in Betracht; die hierfür vorgesehenen Mittel werden den Versicherten jährlich gutgeschrieben und spätestens nach drei Jahren zur Beitragsenkung verwendet.

Daneben kann als Form der Beitragsrückerstattung auch gewählt werden: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

b) Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (Verlustabdeckung) entnommen werden.

c) Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.

d) Die Voraussetzungen für die Beitragssenkung oder Auszahlung sowie Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.

(13) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die geschäftsplanmäßig eine Deckungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe des Geschäftsplans jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung im Geschäftsplan verwendet.

(14) Dauert ein Krankenhausaufenthalt länger als 3 Monate (91 Tage), so wird der Versicherte von der Beitragszahlung für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt freigestellt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Es muß Anspruch auf Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung für mindestens 91 Tage bestanden haben.

b) Die von der Beitragsfreistellung betroffenen Tarife müssen mindestens während der letzten 12 Monate mit voller Beitragspflicht bestanden haben. Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife sind von der Beitragsfreistellung ausgeschlossen. Die Beitragsfreistellung wird in vollen Monatsbeiträgen gewährt.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

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

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

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswitzweck unabhängige Er-

krankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) (entfallen)

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 sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(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) Abweichend von § 5 (1) e) besteht auch Versicherungsschutz für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, nicht aber für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (vgl. § 5 (1) d)).

(5) Es werden solche Kosten erstattet, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte entsprechen.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

(4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

(7) Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage von Originalrechnungen oder von Rechnungszweitschriften mit dem Erstattungsvermerk einer gesetzlichen Krankenkasse grundsätzlich in deutscher Währung. Die Belege müssen den Namen des Heilbehandlers und der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten; sie müssen außerdem nach Datum und Einzelleistung aufgegliedert sein. Der Anspruch auf Erstattung von Rückführungskosten ist außerdem durch eine ärztliche Bescheinigung des im Ausland behandelnden Arztes, der die Notwendigkeit des Krankentransports zu entnehmen ist, zu begründen.

(8) Krankenhaustagegeld wird ohne Nachweis von Kosten gezahlt. Es genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses, in welcher der Name der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung sowie der Aufnahme- und Entlassungstag enthalten sein müssen.

(9) Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (§ 6 Abs. 6) insoweit nicht.

(10) Ergänzung zu § 6 Abs. 4: Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, daß die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

## Pflichten des Versicherungsnehmers

## § 8 Beitragszahlung

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

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

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

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

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

(8) Der Beitrag wird nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Kalenderjahr ergibt.

(9) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

(10) Für Kinder ist ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres folgt, der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

(11) Die Gesellschaft kann je rückständige Beitragsrate eine Mahngebühr von 1,53 EUR, daneben den Ersatz von Postgebühren verlangen.

(12) Der Beitrag ist nach Abs. 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bietet der Versicherer einen Beitragsnachlaß (Skonto) von 3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr, 2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

## § 8 a Beitragsberechnung

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

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

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

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

## § 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif 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.

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

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

(4) Der in Abs. 1 genannte tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10%. Bei einem Vomhundertsatz von 5% können die Beiträge überprüft werden.

## § 9 Obliegenheiten

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

(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.

## § 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 Kostersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs 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.

(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.

(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 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Entsprechendes gilt bei Beitragserhöhungen aufgrund einer Beitragsanpassungsklausel.

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

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

### § 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.

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

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

(5) Abweichend von Abs. 2 verzichtet die Gesellschaft auch auf das ihr in der Krankheitskostenteilversicherung zustehende Kündigungsrecht innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre.

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

## 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 6 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.

## **§ 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

- a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
- c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- d) 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 Abs. 1 werden zu Beginn des 2. 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. Abs. 3 gilt entsprechend.

## **§ 19 Wechsel in den Standardtarif**

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, daß versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a - 2c 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(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.



## Teil 3

### Versicherungsschutz für Privatpatienten

#### AB Tarif für ambulante Heilbehandlung

##### (1) Leistungsumfang

a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden zu 100% des Rechnungsbetrages erstattet, abzüglich der vereinbarten Selbstbeteiligung (siehe hierzu auch § 5(5) AVB). Die Selbstbeteiligung beträgt nach:

Tarifstufe AB 01	90 EUR
Tarifstufe AB 02	180 EUR
Tarifstufe AB 03	360 EUR
Tarifstufe AB 04	720 EUR
Tarifstufe AB 05	1.080 EUR
Tarifstufe AB 06	1.440 EUR

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

b) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden mit nachstehenden Prozentsätzen des Rechnungsbetrages erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB):

Tarifstufe AB 90 zu 90%
Tarifstufe AB 80 zu 80%

Der maximale Selbstbehalt beträgt im Tarif AB 80 EUR 500 und im Tarif AB 90 EUR 250 pro Versicherungsjahr (Erstattung der Rechnungsbeträge bis EUR 2.500 zu 80% bzw. 90 %, darüber hinaus zu 100%).

#### AN Tarif für ambulante Heilbehandlung (Naturheilverfahren)

##### (1) Leistungsumfang

a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden zu 100% des Rechnungsbetrages erstattet, abzüglich der vereinbarten Selbstbeteiligung (siehe hierzu auch § 5 (5)AVB). Die Selbstbeteiligung beträgt nach:

Tarifstufe AN 01	90 EUR
Tarifstufe AN 02	180 EUR
Tarifstufe AN 03	360 EUR
Tarifstufe AN 04	720 EUR
Tarifstufe AN 05	1.080 EUR
Tarifstufe AN 06	1.440 EUR

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

b) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden mit nachstehenden Prozentsätzen des Rechnungsbetrages erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB):

Tarifstufe AN 90 zu 90%
Tarifstufe AN 80 zu 80%

Der maximale Selbstbehalt beträgt im Tarif AN 80 EUR 500 und im Tarif AN 90 EUR 250 pro Versicherungsjahr (Erstattung der Rechnungsbeträge bis EUR 2.500 zu 80% bzw. 90 %, darüber hinaus zu 100%).

##### (2) Inanspruchnahme von Heilpraktikern

Abweichend von § 4 Abs. 7 Buchst. a sind bei der Inanspruchnahme von Heilpraktikern alle Leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der Fassung von 1985 (Gebüh 1985) bis zum Höchstsatz erstattungsfähig. Die Kosten für ambu-

lante Psychotherapie werden bis zu 20 Sitzungen im Versicherungsjahr erstattet.

Für die unter Ziffer 3. besonders aufgeführten Naturheilverfahren wird, sofern sie nicht im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind, für den Erstattungsanspruch eine analoge Bewertung des Honorars zugrunde gelegt.

##### (3) Naturheilverfahren

Zu den in diesem Tarif erstattungsfähigen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimitteln (vgl. § 1 (2) sowie § 5 (2)) zählen die folgenden Naturheilverfahren, für die auf § 4 (6) verzichtet wird:

###### a) Eigenständige medizinische Richtungen

Anthroposophische Medizin, antihomotoxische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie, traditionelle chinesische Medizin.

###### b) Bioenergetische und Regulationsmedizin

Akupunktur, Akupressur, Shiatsu, bioelektronische Funktionsdiagnostik, Bioresonanztherapie, Elektroakupunktur, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Regulationstherapien.

###### c) Mikroökologische Medizin

Elementartherapie, mikrobiologische Therapie, orthomolekulare Medizin.

###### d) Organotherapie

Enzymtherapie, Thymustherapie, Zelltherapie.

###### e) Physikalische und Konditionierungsverfahren

Bewegungstherapien/Krankengymnastik, Dermatopunktur/Dermatopressur, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Lichttherapie, Sprachtherapie, Thermotherapie.

###### f) Sauerstofftherapien

Hämatogene Oxydationstherapie, Oxyvenierungstherapie, Ozontherapie, Sauerstoffbeatmung/Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie.

###### g) Besondere Arzneizubereitungen

Homöopathische Hochpotenzen, Spagyrik, Nosoden.

Wir empfehlen, bei uns eine vorherige schriftliche Leistungszusage einzuholen.

#### ZB Tarif für zahnärztliche Behandlung

##### (1) Leistungsumfang

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung werden im Rahmen der vereinbarten Tarifstufe erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar für

a) Zahnbehandlung (§ 4 Abs. 9 Buchst. a AVB) zu 100 % (Tarifstufe ZB100) bzw. zu 75 % (Tarifstufe ZB75)

b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 9 Buchst. b AVB) zu 80 % (Tarifstufe ZB100) bzw. zu 50% (Tarifstufe ZB75).

In den ersten zwei Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen pro versicherte Person bis zu insgesamt 1.600 EUR erstattet. Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

#### ZS 60 Tarif für zahnärztliche Behandlung

##### (1) Abweichungen von den Tarifbedingungen

Abweichend von § 4 Abs. 9 Buchst. b der Tarifbedingungen gelten als Zahnersatz nicht nur Prothesen, Brücken, Kronen und Stützähne, sondern auch Teilkronen, Implantate, Einlagefüllungen (Inlays) sowie alle damit im Zusammenhang stehenden vor- und nachbereitenden Maßnahmen.

Abweichend von § 5 Abs. 5 der Tarifbedingungen sind für zahnärztliche Leistungen die Gebühren erstattungsfähig, die den jeweiligen gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte

bzw. Ärzte entsprechen und die die darin festgelegten Höchstsätze nicht überschreiten.

## (2) Leistungsumfang

Die Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung werden für

- a) Zahnbehandlung zu 100%
- b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung zu 60% erstattet.

Der Erstattungsbetrag wird in den ersten beiden Versicherungsjahren auf 800 EUR und in den ersten vier Versicherungsjahren auf 2.400 EUR begrenzt.

Ab dem fünften Versicherungsjahr ist der Erstattungsbetrag auf 4.000 EUR unter Anrechnung der Erstattungsbeträge aus dem Tarif ZS 60 für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung der beiden vorangegangenen Versicherungsjahre begrenzt.

Die Begrenzungen entfallen bei Zahnersatz für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtbetrag von über 2.000 EUR ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

## SB Tarif für stationäre Heilbehandlung

### (1) Leistungsumfang

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 8 AVB) werden zu 100 % erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar nach

Tarifstufe SB 3 die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 4 Abs. 8 Buchst. a AVB) Mehrbettzimmer mit allgemeinärztlicher Behandlung

Tarifstufe SB 2 die Wahlleistungen (§ 4 Abs. 8 Buchst. b AVB) Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung

Tarifstufe SB 1 die Wahlleistungen (§ 4 Abs. 8 Buchst. b AVB) Einbettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.

Nach den Tarifstufen SB 1 oder SB 2 Versicherte erhalten ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR wenn die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet wird.

Wird eine niedrigere als die versicherte Unterkunft und Verpflegung in Anspruch genommen, wird gleichfalls ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

Versicherte Tarifstufe	In Anspruch genommene Unterkunft	Krankenhaustagegeld
SB 1	Zweibettzimmer	15 EUR
SB 1	Mehrbettzimmer	35 EUR
SB 2	Mehrbettzimmer	20 EUR

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 Buchst. d AVB).

Nach Tarifstufe SB 3 sind außerdem zu 100% erstattungsfähig die aus medizinischen Gründen erforderlichen Mehrkosten für eine medizinisch zwingend notwendige Rückführung in die Bundesrepublik Deutschland, sofern eine im Ausland akut eingetretene Erkrankung oder eine Unfallverletzung die Rückführung bedingt; die üblichen Fahrtkosten bleiben bei der Erstattung unberücksichtigt.

Außerdem sind nach Tarifstufe SB 3 erstattungsfähig die Bestattungskosten am Sterbeort für einen im Ausland Verstorbenen bzw. wahlweise Überführungskosten in die Heimat, höchstens jedoch 6.000 EUR.

## Teil 3

### Versicherungsschutz für Beihilfeberechtigte

#### AB Tarif für ambulante Heilbehandlung

##### (1) Leistungsumfang

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden mit den vereinbarten Prozentsätzen des Rechnungsbetrages erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar nach

- Tarifstufe AB 55 zu 55%
- Tarifstufe AB 50 zu 50%
- Tarifstufe AB 45 zu 45%
- Tarifstufe AB 40 zu 40%
- Tarifstufe AB 35 zu 35%
- Tarifstufe AB 30 zu 30%
- Tarifstufe AB 25 zu 25%
- Tarifstufe AB 20 zu 20%
- Tarifstufe ABK 20 zu 20%

Die Tarifstufe ABK 20 kann nur in Verbindung mit der Tarifstufe AB 30 abgeschlossen werden. Für die Kombination der Tarifstufen ABK 20 und AB 30 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum 65. Lebensjahr, 50% der erstattungsfähigen Leistungen. Danach reduziert sich der Prozentsatz auf 30%. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50% auf 70% erhöht wird.

Sollte diese Voraussetzung nicht vorliegen, ist von vornherein anstelle der Kombination der Tarifstufen ABK 20 und AB 30 die Tarifstufe AB 50 zu wählen.

Sollte die gewählte Kombination der Tarifstufen ABK 20 und AB 30 mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%-iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe AB 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann im allgemeinen ein höherer Beitrag

#### AN Tarif für ambulante Heilbehandlung (Naturheilverfahren)

##### (1) Leistungsumfang

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden mit den vereinbarten Prozentsätzen des Rechnungsbetrages erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar nach

- Tarifstufe AN 55 zu 55%
- Tarifstufe AN 50 zu 50%
- Tarifstufe AN 45 zu 45%
- Tarifstufe AN 40 zu 40%
- Tarifstufe AN 35 zu 35%
- Tarifstufe AN 30 zu 30%
- Tarifstufe AN 25 zu 25%
- Tarifstufe AN 20 zu 20%
- Tarifstufe ANK 20 zu 20%

Die Tarifstufe ANK 20 kann nur in Verbindung mit der Tarifstufe AN 30 abgeschlossen werden. Für die Kombination der Tarifstufen ANK 20 und AN 30 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum 65. Lebensjahr, 50% der erstattungsfähigen Leistungen. Danach reduziert sich der Prozentsatz auf 30%. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50% auf 70% erhöht wird.

Sollte diese Voraussetzung nicht vorliegen, ist von vornherein anstelle der Kombination der Tarifstufen ANK 20 und AN 30 die Tarifstufe AN 50 zu wählen.

Sollte die gewählte Kombination der Tarifstufen ANK 20 und AN 30 mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%-iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe AN 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann im allgemeinen ein höherer Beitrag.

##### (2) Inanspruchnahme von Heilpraktikern

Abweichend von § 4 Abs. 7 Buchst. a sind bei der Inanspruchnahme von Heilpraktikern alle Leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der Fassung von 1985 (GebÜH 1985) bis zum Höchstsatz erstattungsfähig. Die Kosten für ambulante Psychotherapie werden bis zu 20 Sitzungen im Versicherungsjahr erstattet.

Für die unter Ziffer 3. besonders aufgeführten Naturheilverfahren wird, sofern sie nicht im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind, für den Erstattungsanspruch eine analoge Bewertung des Honorars zugrunde gelegt.

##### (3) Naturheilverfahren

Zu den in diesem Tarif erstattungsfähigen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimitteln (vgl. § 1 (2) sowie § 5 (2)) zählen die folgenden Naturheilverfahren, für die auf § 4 (6) verzichtet wird:

###### a) Eigenständige medizinische Richtungen

Anthroposophische Medizin, antihomotoxische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie, traditionelle chinesische Medizin.

###### b) Bioenergetische und Regulationsmedizin

Akupunktur, Akupressur, Shiatsu, bioelektronische Funktionsdiagnostik, Bioresonanztherapie, Elektroakupunktur, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Regulationstherapien.

###### c) Mikroökologische Medizin

Elementartherapie, mikrobiologische Therapie, orthomolekulare Medizin.

###### d) Organotherapie

Enzymtherapie, Thymustherapie, Zelltherapie.

###### e) Physikalische und Konditionierungsverfahren

Bewegungstherapien/Krankengymnastik, Dermatopunktur/Dermatopressur, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Lichttherapie, Sprachtherapie, Thermotherapie.

###### f) Sauerstofftherapien

Hämato gene Oxydationstherapie, Oxyvenierungstherapie, Ozontherapie, Sauerstoffbeatmung/Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie.

###### g) Besondere Arzneizubereitungen

Homöopathische Hochpotenzen, Spagyrik, Nosoden.

Wir empfehlen, bei uns eine vorherige schriftliche Leistungszusage einzuholen.

#### ZB Tarif für zahnärztliche Behandlung

##### (1) Leistungsumfang

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 AVB) werden im Rahmen der vereinbarten Tarifstufe erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar:

	ZB 50	ZB 45	ZB 40	ZB 35	ZB 30	ZB 25	ZB 20	ZBK 20
zu	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	20%

Die Tarifstufe ZBK 20 kann nur in Verbindung mit der Tarifstufe ZB 30 abgeschlossen werden. Für die Kombination der Tarifstufen ZBK 20 und ZB 30 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum 65. Lebensjahr, 50% der erstattungsfähigen Leistungen. Danach reduziert sich der Prozentsatz auf 30%. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50% auf 70% erhöht wird.

Sollte diese Voraussetzung nicht vorliegen, ist von vornherein anstelle der Kombination der Tarifstufen ZBK 20 und ZB 30 die Tarifstufe ZB 50 zu wählen.

Sollte die gewählte Kombination der Tarifstufen ZBK 20 und ZB 30 mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%-iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe ZB 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann im allgemeinen ein höherer Beitrag

In den ersten zwei Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 9 Buchst. b AVB) pro versicherte Person

für Tarifstufe

ZB 50 ZB 45 ZB 40 ZB 35 ZB 30 ZB 25 ZB 20 ZBK 20

bis zu insgesamt EUR

1.100 990 880 770 660 550 440 440

erstattet.

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen.

Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

## SB Tarif für stationäre Heilbehandlung

### (1) Leistungsumfang

a) Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 8 AVB) werden mit den vereinbarten Prozentsätzen erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar nach:

Tarifstufe SB 3: die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 4 Abs. 8 Buchst. a AVB) Mehrbettzimmer mit allgemeinärztlicher Behandlung

Tarifstufe SB 2: die Wahlleistungen (§ 4 Abs. 8 Buchst. b AVB) Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung

Tarifstufe SB 1: die Wahlleistungen (§ 4 Abs. 8 Buchst. b AVB) Einbettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.

b) Wenn die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet wird, ist für nach den Tarifstufen SB 1 und SB 2 Versicherte ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR vorgesehen (siehe Buchst. d und f).

c) Wird eine niedrigere als die versicherte Unterkunft und Verpflegung in Anspruch genommen, ist gleichfalls ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe vorgesehen (siehe Buchst. d und f):

Versicherte Tarifstufe/In Anspruch genommene Unterkunft/ Krankenhaustagegeld

Versicherte Tarifstufe	In Anspruch genommene Unterkunft	Krankenhaustagegeld
SB 1	Zweibettzimmer	15 EUR
SB 1	Mehrbettzimmer	35 EUR
SB 2	Mehrbettzimmer	20 EUR

d) Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 Buchst. d AVB).

e) Es können je nach Höhe des Beihilfeanspruchs im Rahmen der Tarifstufen SB 3, SB 2 bzw. SB 1 folgende Erstattungsprozentsätze

versichert werden:

50%, 45%, 40%, 35%, 30%, 25%, 20%, 15%.

Im Rahmen der Tarifstufen SB 3 und SB 2 können auch die Stufen SBK 320 und SBK 220 mit einem Erstattungsprozentsatz in Höhe von 20 % versichert werden. Die Tarifstufe SBK 320 bzw. SBK 220 kann nur in Verbindung mit der Tarifstufe SB 330 bzw. SB 230 abgeschlossen werden. Für die Kombination der Tarifstufen SBK 320 und SB 330 bzw. SBK 220 und SB 230 beträgt der prozentuale

Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum 65. Lebensjahr, 50% der erstattungsfähigen Leistungen. Danach reduziert sich der Prozentsatz auf 30%. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50% auf 70% erhöht wird.

Sollte diese Voraussetzung nicht vorliegen, ist von vornherein anstelle der Kombination der Tarifstufen SBK 320 und SB 330 bzw. SBK 220 und SB 230 die Tarifstufe SB 350 bzw. SB 250 zu wählen.

Sollte die gewählte Kombination der Tarifstufen SBK 320 und SB 330 bzw. SBK 220 und SB 230 mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%-iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe SB 350 bzw. SB 250 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann im allgemeinen ein höherer Beitrag.

f) Die in Abschn. (1) b) und c) angegebenen Krankenhaustagegelder werden entsprechend dem versicherten Erstattungsprozentsatz gezahlt.

g) Aus der Tarifstufe und dem Erstattungsprozentsatz ergibt sich die Tarifbezeichnung, z.B. Tarifstufe SB 2 mit 50%iger Erstattung = SB 250.

h) Nach Tarifstufe SB 3 sind außerdem zu 100% erstattungsfähig die aus medizinischen Gründen erforderlichen Mehrkosten für eine medizinisch zwingend notwendige Rückführung in die Bundesrepublik Deutschland, sofern eine im Ausland akut eingetretene Erkrankung oder eine Unfallverletzung die Rückführung bedingt; die üblichen Fahrtkosten bleiben bei der Erstattung unberücksichtigt. Außerdem sind nach Tarifstufe SB 3 erstattungsfähig die Bestattungskosten am Sterbeort für einen im Ausland Verstorbenen bzw. wahlweise Überführungskosten in die Heimat, höchstens jedoch 6.000 EUR.

## BE Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte

### (1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Sinne einer Beihilfeverordnung, sofern gleichzeitig beim Versicherer eine Aufnahme in Tarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung erfolgt oder eine Versicherung in diesen Tarifen schon besteht, wobei der Beihilfebemessungssatz und der tarifliche Erstattungssatz zusammen 100% ergeben.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

### (2) Leistungsumfang

Es werden unter Anrechnung der Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und von Versicherungsleistungen aus den o.g. vereinbarten Tarifen verbleibende Aufwendungen (Soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwendungen) erstattet:

a) für ärztliche Behandlung bis zum Höchstsatz der GOÄ (§ 4 (7) a) 1. Abs. AVB);

b) für ärztlich verordnete Brillengläser;

c) für Brillengestelle bis zu einem Höchstbetrag von 40 EUR;

d) für privatärztliche Behandlung im Krankenhaus bis zum Höchstsatz der GOÄ, sofern eine Vorleistung aus einem Tarif für privatärztliche Behandlung erfolgte;

e) für zahnärztliche Behandlung bis zum Höchstsatz der GOZ (§ 4 (9) a) AVB);

f) für Zahnersatz zu 90%. In den ersten 2 Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen für Zahnersatz (§ 4 (9) b) AVB) pro versicherte Person bis zu insgesamt 2.200 EUR erstattet;

g) für ambulante (§ 4 (7) AVB) und stationäre (§ 4 (8) AVB) Heilbehandlung sowie für schmerzstillende Zahnbehandlung und Reparatur von Zahnersatz, sofern diese Aufwendungen im Ausland entstehen.

Mit Ausnahme von Buchstabe c) besteht ohne Vorleistung der Beihilfe keine Leistungspflicht.

## **BE 1 Ergänzungstarif für Beihilfeberechtigte für die Wahlleistung Einbettzimmer**

### **(1) Versicherungsfähigkeit**

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern für diese Personen für die Unterkunft im Zweibettzimmer durch Beihilfe, Heilfürsorge und/oder privaten Versicherungsschutz eine ausreichende Absicherung besteht.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

### **(2) Leistungsumfang**

Bei einer stationären Heilbehandlung wird die Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen Ein-/Zweibettzimmer zu 100% erstattet. Wird das Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt. Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 (11) d) AVB).

### Teil 3

## Versicherungsschutz für Beamte in der Ausbildung

### Ergänzungen und Abweichungen zu den AVB Teil 1 und Teil 2

#### für Beamte in der Ausbildung nach den Tarifen ABA, SBA und ZBA

- a) Aufnahmefähig sind nur Beamte in der Ausbildung (Anwärter und Referendare) sowie deren nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegatten und Kinder.
- b) Die Wartezeiten gemäß § 3 AVB werden erlassen.
- c) Die Versicherungsfähigkeit nach den Tarifen ABA, SBA und ZBA endet mit Ablauf desjenigen Monats, in dem
  - ca) die Ausbildung oder das Studium beendet, vorzeitig aufgegeben oder mehr als 6 Monate unterbrochen wird,
  - cb) die in Ausbildung befindliche Person das 34. Lebensjahr vollendet hat,
  - cc) die Höchstversicherungsdauer von 5 Jahren erreicht ist.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Eintritt eines Beendigungsgrundes schriftlich anzuzeigen. Vom 1. des auf den Fortfall der Versicherungsfähigkeit folgenden Monats wird die Versicherung nach den Tarifen AB, SB und ZB fortgesetzt. Der Beitrag wird nach dem bei Fortsetzung erreichten Alter festgesetzt.

d) § 4 Abs. 14 der AVB gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle der Tarife SB, AB und ZB die Tarife SBA, ABA und ZBA treten.

### ABA Tarif für ambulante Heilbehandlung

#### (1) Leistungsumfang

Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden mit den vereinbarten Prozentsätzen des Rechnungsbetrages erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar nach

- Tarifstufe ABA 55 zu 55%
- Tarifstufe ABA 50 zu 50%
- Tarifstufe ABA 45 zu 45%
- Tarifstufe ABA 40 zu 40%
- Tarifstufe ABA 35 zu 35%
- Tarifstufe ABA 30 zu 30%
- Tarifstufe ABA 25 zu 25%
- Tarifstufe ABA 20 zu 20%

### ZBA Tarif für zahnärztliche Behandlung

#### (1) Leistungsumfang

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 AVB) werden im Rahmen der vereinbarten Tarifstufe erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar

	ZBA 50	ZBA 45	ZBA 40	ZBA 35	ZBA 30	ZBA 25	ZBA 20
zu	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%

In den ersten zwei Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 9 Buchst. b AVB) pro versicherte Person bis zu insgesamt EUR

1.100	990	880	770	660	550	440
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

erstattet.

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen.

Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kos-

tenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

### SBA Tarif für stationäre Heilbehandlung

#### (1) Leistungsumfang

a) Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 8 AVB) werden mit den vereinbarten Prozentsätzen erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar nach

Tarifstufe SBA 3: die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 4 Abs. 8 Buchst. a AVB) Mehrbettzimmer mit allgemeinärztlicher Behandlung

Tarifstufe SBA 2: die Wahlleistungen (§ 4 Abs. 8 Buchst. b AVB) Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.

b) Wenn die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet wird, ist für nach der Tarifstufe SBA 2 Versicherte ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR vorgesehen (siehe Buchst. d und f).

c) Wird eine niedrigere als die versicherte Unterkunft und Verpflegung in Anspruch genommen, ist gleichfalls ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe vorgesehen (siehe Buchst. d und f):

Versicherte Tarifstufe	In Anspruch genommene Unterkunft	Krankenhaustagegeld
SBA 2	Mehrbettzimmer	20 EUR

d) Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 Buchst. d AVB).

e) Es können je nach Höhe des Beihilfeanspruchs im Rahmen der Tarifstufen SBA 3 bzw. SBA 2 folgende Erstattungsprozentsätze versichert werden:

50%, 45%, 40%, 35%, 30%, 25%, 20%, 15%.

Im Rahmen der Tarifstufe SBA 2 kann zusätzlich ein Erstattungsprozentsatz in Höhe von 100% versichert werden.

f) Die in Abschn. (1) b) und c) angegebenen Krankenhaustagegelder werden entsprechend dem versicherten Erstattungsprozentsatz gezahlt.

g) Aus der Tarifstufe und dem Erstattungsprozentsatz ergibt sich die Tarifbezeichnung, z.B. Tarifstufe SBA 2 mit 50%iger Erstattung = SBA 250.

Die Tarifstufe SBA 2 mit einem Erstattungsprozentsatz von 100% trägt die Tarifbezeichnung SBA 200.

h) Nach Tarifstufe SBA 3 sind außerdem zu 100 % erstattungsfähig die aus medizinischen Gründen erforderlichen Mehrkosten für eine medizinisch zwingend notwendige Rückführung in die Bundesrepublik Deutschland, sofern eine im Ausland akut eingetretene Erkrankung oder eine Unfallverletzung die Rückführung bedingt; die üblichen Fahrtkosten bleiben bei der Erstattung unberücksichtigt. Außerdem sind nach Tarifstufe SBA 3 erstattungsfähig die Bestattungskosten am Sterbeort für einen im Ausland Verstorbenen bzw. wahlweise Überführungskosten in die Heimat, höchstens jedoch 6.000 EUR.

## Teil 3

### Versicherungsschutz für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen

#### GE Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

##### (1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind.

Bei Wegfall der Versicherung bei dem Träger der GKV endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem diese Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

##### (2) Leistungsumfang

a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) und für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 AVB) in der Bundesrepublik Deutschland werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse wie folgt erstattet:

Heilmittel: 80% der Restkosten

Brillen und Kontaktlinsen: 80% der Restkosten, höchstens 155 EUR pro Jahr

Zahnersatz: 20% des Rechnungsbetrages, einschl. der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse höchstens 90% des Rechnungsbetrages.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen der kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Versorgung.

Für Heilmittel sowie Brillen und Kontaktlinsen besteht keine Leistungspflicht, wenn keine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgt.

Wird bei Zahnersatz keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse erbracht oder wird der Versicherte privat Zahnärztlich behandelt, gilt folgendes:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen), mit Ausnahme implantologischer Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz,

- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen,

- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, soweit abweichend von § 5 Abs. 5 AVB die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte liegen (2,3facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8facher Satz bzw. 1,15facher Satz für sogenannte medizinisch-technische Leistungen),

- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind.

Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

Bei den Leistungen für Zahnersatz ist vor der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Nach Prüfung des Heil- und Kostenplans durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Versicherungsleistung. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 20% erstattet.

b) Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt bis zu 3 Monaten Dauer (abweichend von § 1 Abs. 4 und 6 AVB) sind erstattungsfähig die Aufwendungen für:

- ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 4 Abs 7a) AVB einschließlich der Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz. Nicht erstattungsfähig sind jedoch Vorsorgeuntersuchungen, Psychotherapie, Inanspruchnahme von

Heilpraktikern sowie Untersuchungen und Behandlungen bei normal verlaufender Schwangerschaft und Entbindung;

- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel gemäß § 4 Abs.7b) AVB;

- ärztlich verordnete Heilmittel gemäß § 4 Abs. 7c) AVB zu 80%;

- aufgrund eines Unfalls ärztlich verordnete Hilfsmittel gemäß § 4 Abs. 7c) AVB in einfacher Ausführung, wenn sie im Ausland aus medizinischen Gründen angeschafft werden müssen, zu 80%; Brillen und Kontaktlinsen einschließlich notwendig gewordener Reparaturen jedoch nur im Rahmen der unter Abs. 2a) genannten Höchstgrenze;

- stationäre Heilbehandlung entsprechend § 4 Abs. 8 AVB;

- im Ausland akut notwendige Zahnbehandlung gemäß § 4 Abs. 9a) AVB in einfacher Ausführung, nicht aber für vorbeugende Untersuchungen sowie nicht für Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierungen (§ 4 Abs. 9b)); im Ausland notwendig gewordene Reparaturen von Zahnersatz in einfacher Ausführung werden erstattet;

- die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransports in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die ausreichende medizinische Versorgung im Aufenthaltsland nicht mehr gewährleistet werden kann; es muß das kostengünstigste Transportmittel gewählt werden;

- Bestattungskosten am Sterbeort für einen im Ausland Verstorbenen, wahlweise Überführungskosten an den Wohnort, höchstens jedoch 6.000 EUR.

Besteht Anspruch auf Leistungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung, sind diese vorher in Anspruch zu nehmen.

Entsprechendes gilt bei Leistungsanspruch gegen den Arbeitgeber bei einer Erkrankung während einer Beschäftigung im Ausland gemäß § 17 SGB Buch V. In diesen Fällen werden die oben genannten Leistungen auf die Restkosten erbracht.

Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 3 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den bereits eingetretenen Versicherungsfall solange bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält. Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Versichert sind grundsätzlich im Ausland akut auftretende Krankheiten oder Unfälle. Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen, sind nicht mitversichert, es sei denn, daß die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde. Versichert sind aber im Ausland eintretende erhebliche Verschlimmerungen bestehender Erkrankungen, welche die Reisefähigkeit bei Reiseantritt nicht beeinträchtigt haben.

Reisen, die ausschließlich oder teilweise zum Zweck der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Die Leistungspflicht endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes.

Für Leistungen bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen sämtliche Wartezeiten (abweichend von § 3 Abs. 2 und 3b AVB).

##### (3) Anpassung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz nach Tarif GE wertbeständig zu erhalten, ist der Versicherer berechtigt, die Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anlage) zu aktualisieren. Dies geschieht unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres.

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

## **GEP Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**

### **(1) Versicherungsfähigkeit**

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und für die Versicherungsschutz nach Tarif GE bei der VICTORIA Krankenversicherung besteht.

Bei Wegfall der Versicherung bei dem Träger der GKV oder bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach Tarif GE endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

### **(2) Leistungsumfang**

a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 Buchst. c AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse wie folgt erstattet:

Brillen und Kontaktlinsen: 10% der Restkosten, höchstens 55 EUR pro Jahr.

Für Brillen und Kontaktlinsen besteht keine Leistungspflicht, wenn keine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgt.

b) Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 Buchst. b AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse wie folgt erstattet:

Zahnersatz: 10% des Rechnungsbetrages.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung.

Erbringt die gesetzliche Krankenkasse keine Vorleistung oder wurde der Versicherte privat Zahnärztlich behandelt, gilt folgendes:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen), mit Ausnahme implantologischer Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz,

- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen,

- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, soweit abweichend von § 5 Abs. 5 AVB die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte liegen (2,3facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8facher Satz bzw. 1,15facher Satz für sogenannte medizinisch-technische Leistungen),

- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind.

Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

Bei den Leistungen für Zahnersatz ist vor der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Nach Prüfung des Heil- und Kostenplans durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 10% erstattet.

c) Bei der Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind abweichend von § 4 Abs. 7 Buchst. a alle Leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der Fassung von 1985 (GebüH 1985) bis zum Höchstsatz erstattungsfähig, ebenfalls die von Heilpraktikern verschriebenen Arzneimittel.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70%, höchstens 620 EUR pro Jahr, erstattet.

### **(3) Anpassung des Versicherungsschutzes**

Um den Versicherungsschutz nach Tarif GEP wertbeständig zu erhalten, ist der Versicherer berechtigt, die Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anlage) zu aktualisieren. Dies geschieht unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsver-

hältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres.

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

## **AC Tarif für ambulante Heilbehandlung/ zahnärztliche Behandlung**

### **(1) Leistungsumfang**

a) Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden zu 100% erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB).

Erfolgt keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, so werden 30% des Rechnungsbetrages erstattet.

b) Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 AVB) werden zu 50% erstattet. In den ersten zwei Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 9 Buchst. b AVB) pro versicherte Person bis zu insgesamt 1.600 EUR erstattet.

Erfolgt keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, so werden 20% des Rechnungsbetrages erstattet.

## **GZ Tarif für stationäre Heilbehandlung**

### **(1) Versicherungsfähigkeit**

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der GKV versichert sind.

### **(2) Leistungsumfang**

a) Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 8 Buchst. b AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse zu 100 % erstattet (siehe hierzu auch § 5 (5) AVB), und zwar nach

Tarifstufe GZ 1 Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung

Tarifstufe GZ 2 Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.

Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch die privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von

25 EUR für Tarifstufe GZ 1 und von

20 EUR für Tarifstufe GZ 2

gezahlt. Für Kinder wird das Krankenhaustagegeld in halber Höhe gezahlt.

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 Buchst. d AVB).

b) Verbleiben nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nach § 4 Abs. 8 Buchst. a AVB erstattungsfähige Aufwendungen, werden diese ebenfalls zu 100% erstattet.

Zu den Vorleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören auch die dem Personenkreis mit einem Anspruch auf Teilkostenerstattung nach § 14 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) von ihrem Arbeitgeber zu erbringenden Beihilfeleistungen.

Wird keine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, kommt nur eine Erstattung nach (2) a) in Frage.

c) Zu den erstattungsfähigen Kosten zählen nicht die vom Versicherten kraft Gesetzes zu übernehmenden Zuzahlungen.



## Teil 3

### Krankenhaus- und Kurtagegeldtarife

#### **KH** Krankenhaustagegeldtarif

##### **(1) Leistungsumfang**

Das Krankenhaustagegeld beträgt 5 EUR und kann in Vielfachen davon abgeschlossen werden. Der Leistungsumfang ergibt sich aus § 4 Abs. 11 AVB.

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 Buchst. d AVB).

#### **KB** Tarif für Kurbehandlung

##### **(1) Leistungsumfang**

a) Es wird ein Kurtagegeld für die Dauer einer ärztlich verordneten Kur (§ 4 Abs. 10 AVB) zur Verfügung gestellt, höchstens jedoch für 28 Tage innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Das Kurtagegeld kann in Vielfachen von 5 EUR abgeschlossen werden, höchstens jedoch 100 EUR je Tag.

b) Das versicherte Kurtagegeld wird in voller Höhe bei Unterbringung in unter ständiger Aufsicht stehenden Krankenanstalten, Sanatorien, Kurheimen, Kuranstalten oder Heilstätten gegen Unterbringungs nachweis gezahlt.

c) Bei einer sonstigen Kur ohne Unterbringungs nachweis wird das versicherte Kurtagegeld zur Hälfte gezahlt.

## Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifes GE für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	
001	Modell	5,62
002	Doublieren / Platzhalter einfügen / Verwendung von Kunststoff / Galvanisieren	13,29
005	Stumpfmodell	9,20
007	Zahnkranz sockeln	5,62
011	Modellpaar trimmen/Fixator	8,18
012	Einstellen in Mittelwertartikulator	8,18
020	Basis für Konstruktionsbiß/Basis für Vorbißnahme	9,71
021	Basis für Autopolymerisat	18,92
022	Bißwall	5,62
024	Übertragungskappe	21,99
031	Provisorische Krone oder Brückenglied	28,63
032	Formteil	16,87
101	Vollkrone Metall / Krone für Keramikverblendung / Wurzelstiftkappe	61,87
102	Vollkrone Stufenpräparation / Teilkrone / Krone für Kunststoffverblendung	70,05
103	Vorbereiten Krone / Krone einarbeiten / Stiftaufbau einarbeiten	13,29
104	Modellation gießen	19,94
105	Stiftaufbau	46,02
110	Brückenglied	50,11
111	Mantelkrone Kunststoff	63,91
112	Mantelkrone Keramik	99,19
120	Teleskopierende Krone	204,52
130	Steg	81,81
131	Steglasche / Stegreiter	45,50
132	Steggeschiebe individuell	97,15
133	Individuelles Geschiebe / Ankerbandklammer / Rillen-Schulter-Geschiebe	176,40
134	Konfektions-Geschiebe / Konfektions-Gelenk/konfektions-Anker / Konfektions-Riegel	104,30
135	Friktionsstift/Federbolzen / Schraube/Bolzen	41,93
136	Gefrästes Lager	52,66
137	Schubverteilungsarm	53,69
140	Riegel individuell	159,01
150	Metallverbindung nach Brand	25,05
160	Verblendung Kunststoff	46,02
161	Zahnfleisch aus Kunststoff	13,80
162	Verblendung aus Keramik	76,69
163	Zahnfleisch aus Keramik	30,17
201	Metallbasis	120,15
202	einarmige Klammer / Inlayklammer / fortlaufende Klammer / Bonyhardklammer / Kralle / Ney-Stiel / Auflage / Umgebungsbügel	11,25
203	zweiarmige Klammer / Approximalklammer / Ringklammer / Rücklaufklammer / Bonyhardklammer / Gegenlager / Doppelbogenklammer	19,94
204	zweiarmige Klammer, Auflage / Approximalklammer, Auflage / Ringklammer, Auflage / Rücklaufklammer, Auflage / Bonyhardklammer, Auflage / Überwurfklammer, Auflage	29,65
205	Bonwillklammer	39,88
208	Rückenschutzplatte / Metallzahn / Metallkaufäche	37,32
210	Lösungsknopf für Friktionsprothese	15,34
211	Abschlußrand	17,90
212	Zuschlag einzelne Klammer	18,92
301	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	28,63
302	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,05
303	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,07
341	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	2,05
361	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	45,50
362	Fertigstellung je Zahn	3,58
380	Einarmige Klammer / Inlayklammer / Interdental-Knopfklammer / Approximalklammer / Auflage / Bonyhardklammer	9,71
381	Zweiarmige Klammer, Auflage / Bonyhardklammer, Auflage / Überwurfklammer / Doppelbogenklammer	14,83
382	Weichkunststoff ZE	83,34
383	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,72
801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	17,38
802	Leistungseinheit Sprung / Bruch / Einarbeiten Zahn / Basisteil Kunststoff / Klammer einarbeiten / Rückenschutzplatte / Kunststoffsaattel	7,67
803	Retention, gebogen	40,90
804	Retention, gegossen	50,11
806	Gegossenes Basisteil	62,89
807	Metallverbindung	21,47
808	Teilunterfütterung	37,32
809	Vollständige Unterfütterung	51,13
810	Basis erneuern	62,38
813	Auswechseln von Konfektionsteilen	12,78
820	Kronen- und Brückenreparatur	33,75
933	Versandkosten	3,58
970	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	10,23



## II Krankheitskostenversicherung nach Tarif ET

### Teil 1: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994)

### Teil 2: Tarifbedingungen

#### Der Versicherungsschutz

##### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muß die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

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

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(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 (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluß vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

##### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird

nicht geleistet. Nach Abschluß des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne 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.

(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.

(4) Abweichend von Abs. 2 Satz 2 kann die Tarifstufe (Selbstbehaltstufe) frei gewählt werden.

(5) Der Vertrag wird grundsätzlich für drei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Das erste Versicherungsjahr des Tarifs ET endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem die Versicherung beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

##### § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

a) bei Unfällen;

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

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

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

(5) Personen, die aus 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.

(7) Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

(8) Sämtliche Wartezeiten - außer für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung - können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen untersuchen lassen. Gehen die ärztlichen Untersuchungsbefunde auf den vorgeschriebenen Formularen nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluß einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

(9) Abweichend von Abs. 6 verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb eines Tarifs oder bei Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeiten.

(10) In der Krankheitskostenvollversicherung wird für Personen, die aus einer anderen privaten Krankenversicherung ausscheiden, auf die Einhaltung der Wartezeiten verzichtet, wenn

a) die Versicherung in unmittelbarem Anschluß an die bisherige Versicherung beginnt,

b) beim bisherigen Versicherer Versicherungsschutz mindestens für ambulante und stationäre Heilbehandlung bestand,

c) die Vorversicherungszeit ununterbrochen mindestens 8 Monate betragen hat.

#### § 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.

(2a) Ferner dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs-

oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso 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) Tarife für ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Beratungen, Besuche einschl. Wegegebühren, ärztliche Sonderleistungen, Operationen, Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie, Leistungen einer freiberuflichen Hebamme bei ambulanter Entbindung sowie medizinisch notwendige Transporte zur ambulanten Notfallbehandlung. Die durch die Inanspruchnahme eines Heilpraktikers entstandenen Kosten sind nicht erstattungsfähig.

b) Arznei- und Verbandmittel

Dazu zählen nicht: Nähr- und Entfettungsmittel, Stärkungspräparate; kosmetische, vorbeugende, Regenerations- und Desinfektionsmittel, Weine, Mineralwasser und Tee, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Als Arzneimittel gelten jedoch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

c) Heilmittel bis zu insgesamt 30 Anwendungen pro Versicherungsjahr

Als Heilmittel gelten die physikalisch-medizinischen Leistungen lt. Abschnitt E der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und medizinische Bäder, wenn sie ärztlich verordnet wurden und von einem Masseur, Krankengymnasten oder medizinischen Bademeister ausgeführt worden sind. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sauna, Thermal- und ähnliche Bäder.

d) Hilfsmittel

Hilfsmittel sind ärztlich verordnete Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen), Bruchbänder, Bandagen, Gummi- und Kompressionsstrümpfe, orthopädische Einlagen und Orthesen. Große Hilfsmittel sind Herz- und Atmungsmonitore, Sauerstoffgeräte, Absauggeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Stützapparate, Prothesen, Hörgeräte, orthopädische Schuhe, Krankentische, u.ä. In allen geeigneten Fällen werden große Hilfsmittel leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines großen Hilfsmittels ohne zwingenden medizini-

schen Grund ab, sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die für die Miete entstanden wären. Soweit die Leihung nicht möglich ist, werden große Hilfsmittel alle drei Jahre erstattet. Sehhilfen sind bis zu 120 EUR in jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren erstattungsfähig.

e) Psychotherapie bis zu 20 Sitzungen im Versicherungsjahr, sofern der Versicherer vorher eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

(8) Tarife für stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 i.V. m. §§ 10-14 Bundespflegesatzverordnung). Dazu zählen Fallpauschalen, Sonderentgelte, tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesätze, Basispflegesätze, entsprechende teilstationäre Pflegesätze und Belegpflegesätze), vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme.

(9) Tarife für zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Zahnbehandlung

Dazu zählen konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlung von Parodontose sowie vorbeugende Untersuchungen.

b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Als Zahnersatz gelten Prothesen, Brücken, Kronen, Teilkronen, Stiftzähne, Implantate, Einlagefüllungen (Inlays) sowie alle damit im Zusammenhang stehenden vor- und nachbereitenden Maßnahmen.

(10)

a) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird satzungsgemäß eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf. Als Verwendungsart der Überschüsse der nach diesen Bedingungen gültigen Tarife kommt insbesondere die Beitragssenkung in Betracht; die hierfür vorgesehenen Mittel werden den Versicherten jährlich gutgeschrieben und spätestens nach drei Jahren zur Beitragssenkung verwendet.

Daneben kann als Form der Beitragsrückerstattung auch gewährt werden: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

b) Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (Verlustabdeckung) entnommen werden.

c) Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.

d) Die Voraussetzungen für die Beitragssenkung oder Auszahlung sowie Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.

(11) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die geschäftsplanmäßig eine Deckungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe des Geschäftsplans jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung im Geschäftsplan verwendet.

#### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der

Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluß eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

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

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

f) (entfallen)

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 sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(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) Abweichend von § 5 (1) e) besteht auch Versicherungsschutz für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, nicht aber für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (vgl. § 5 (1) d)).

(5) Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind die Gebühren erstattungsfähig, die den jeweiligen gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Ärzte bzw. Zahnärzte entsprechen und die die darin festgelegten Regelhöchsätze (2,3facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8facher Satz bzw. 1,15facher Satz für sogenannte medizinisch-technische Leistungen) nicht überschreiten.

#### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

(4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

(7) Die Kostenerstattung erfolgt nach Vorlage von Originalrechnungen grundsätzlich in deutscher Währung. Die Belege müssen den Namen des Heilbehandlers und der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten; sie müssen außerdem nach Datum und Einzelleistung aufgliedert sein.

(8) Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Ab-tretungsverbot (§ 6 Abs. 6) insoweit nicht.

(9) Ergänzung zu § 6 Abs. 4: Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, daß die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind.

#### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

#### Pflichten des Versicherungsnehmers

##### § 8 Beitragszahlung

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

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

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

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

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

(8) Der Beitrag wird nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Kalenderjahr ergibt.

(9) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

(10) Für Kinder ist ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres folgt, der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

(11) Die Gesellschaft kann je rückständige Beitragsrate eine Mahngebühr von 1,53 EUR, daneben den Ersatz von Postgebühren verlangen.

(12) Der Beitrag ist nach Abs. 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bietet der Versicherer einen Beitragsnachlaß (Skonto) von

3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr,

2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

##### § 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 Abänderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebens

altersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, daß eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des 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 Beitragszuschläge entsprechend ändern.

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

#### **§ 8 b Beitragsanpassung**

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif 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.

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

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

(4) Der in Abs. 1 genannte tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10%. Bei einem Vomhundertsatz von 5% können die Beiträge überprüft werden.

#### **§ 9 Obliegenheiten**

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

(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.

#### **§ 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, 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.

(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.

(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 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Entsprechendes gilt bei Beitragserhöhungen aufgrund einer Beitragsanpassungsklausel.

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

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

#### § 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.

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

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

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

### 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 6 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.

#### § 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,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchststrichterlichen 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 Abs. 1 werden zu Beginn des 2. 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. Abs. 3 gilt entsprechend.

#### § 19 Wechsel in den Standardtarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, daß versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a - 2c 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(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.

### Teil 3

## Versicherungsschutz für Privatpatienten

### Tarif ET

#### (1) Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen bis zum vollendeten 60. Lebensjahr.

#### (2) Leistungsumfang

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 i. V. m. § 5 Abs. 5 AVB) zu 100%

stationäre Heilbehandlung (allgemeine Krankenhausleistungen § 4 Abs. 8 i. V. m. § 5 Abs. 5 AVB) zu 100%

zahnärztliche Heilbehandlung

a) Zahnbehandlung zu 100%

(§ 4 Abs. 9 Buchst. a i. V. m. § 5 Abs. 5 AVB)

b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung zu 60%

(§ 4 Abs. 9 Buchst. b i. V. m. § 5 Abs. 5 AVB).

Der Erstattungsbetrag wird

in den ersten beiden Versicherungsjahren auf 800 EUR

und in den ersten vier Versicherungsjahren auf 2.400 EUR

begrenzt.

Ab dem fünften Versicherungsjahr ist der Erstattungsbetrag auf 4.000 EUR unter Anrechnung der Erstattungsbeträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung der beiden vorangegangenen Versicherungsjahre begrenzt. Die Begrenzungen entfallen bei Zahnersatz für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist dem



Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

Die Selbstbeteiligung wird von den gesamten Erstattungsbeträgen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung abgezogen. Sie gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Beginnt die Versicherung nach Tarif ET nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht Bestand. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht.

Die Selbstbeteiligung beträgt nach

Tarifstufe 0	0 EUR
Tarifstufe 1	306,78 EUR
Tarifstufe 2	920,33 EUR

Für Versicherte bis zum 20. Lebensjahr reduziert sich die vertraglich vereinbarte Selbstbeteiligung auf die Hälfte. Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr die volle Selbstbeteiligung der jeweiligen Tarifstufe.

### **(3) Optionsrecht**

a) Zum Ende des dritten und zum Ende des fünften Versicherungsjahres ist eine Umstellung in leistungsstärkere Tarife zu folgenden erleichterten Bedingungen möglich:

- Der Versicherer nimmt den Umstellungsantrag an.
- Ein Leistungsausschluß wird nicht vereinbart.
- Bei Umstellung zum Ende des dritten Versicherungsjahres wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und neue Risikozuschläge verzichtet.
- Bei Umstellung zum Ende des fünften Versicherungsjahres wird, soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt, der Risikozuschlag auf 100% des Mehrbeitrages für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes begrenzt.

Diese erleichterten Bedingungen gelten unter folgenden Voraussetzungen:

- Für die versicherte Person darf beim Versicherer vor Abschluß des Tarifs ET keine andere Krankheitskostenvollversicherung bestanden haben.
- Die versicherte Person muß die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im aufnehmenden Tarif erfüllen.
- Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsschutzes muß spätestens einen Monat vor dem gewählten Umwandlungszeitpunkt dem Versicherer vorliegen. Bei einer Umwandlung zum Ende des fünften Versicherungsjahres muß dabei der vom Versicherer vorgegebene Antragsvordruck benutzt werden und die dort gestellten Gesundheitsfragen müssen vollständig beantwortet sein.

b) Das Optionsrecht gilt nicht für mitversicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 und 3 MB/KK 1994 nach Tarif ET versichert wurden.

c) Das Recht, jederzeit einen Umwandlungsantrag gemäß § 1 Abs. 5 MB/KK 1994 zu stellen, bleibt unberührt.

### III Krankheitskostenversicherung nach Tarif XL

Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994). Abweichungen davon zugunsten der Versicherungsnehmer enthalten die Tarifbedingungen.

Die dadurch zugunsten der Versicherungsnehmer gegenseitig gewordenen Textstellen der Musterbedingungen (MB/KK 1994) sind zur besseren Transparenz nicht mehr aufgeführt.

#### Teil 1: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994)

#### Teil 2: Tarifbedingungen des Versicherers

### 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,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

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

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(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 (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a 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.

(6) Abweichend von Absatz 4 Satz 3 besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

(7) Als Versicherungsfall gelten auch gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung schwerer Erkrankungen, wie z. B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankung und Tuberkulose, ohne Altersbegrenzung.

#### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne 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.

(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.

(4) Der Vertrag wird grundsätzlich für drei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem die Versicherung beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

#### § 3 Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht.

#### § 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.

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

(6) Es können auch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

(7) Es werden die Kosten erstattet, die den amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Hebammen entsprechen. Bei der Inanspruchnahme von Heilpraktikern

sind alle Leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der Fassung von 1985 (GebüH) bis zum Höchstsatz erstattungsfähig.

#### (8) Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

##### a) ärztliche Leistungen

Leistungen einer freiberuflichen Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers bei ambulanter Entbindung; für die Vor- und Nachsorge bei stationärer Entbindung sind Aufwendungen bis zu insgesamt 500 EUR erstattungsfähig,

Leistungen eines Heilpraktikers,

medizinisch notwendige Transporte zur ambulanten Notfallbehandlung.

Bei ambulanten Operationen sind die im Zusammenhang stehenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Transport und eine medizinisch notwendige Unterbringung außerhalb der Arztpraxis bis zu insgesamt 400 EUR je Operation erstattungsfähig.

##### b) Arznei- und Verbandmittel

Arzneimittel können außer aus der Apotheke auch durch andere, von uns genannte Einrichtungen bezogen werden.

Zu den Arzneimitteln zählen nicht: Nähr- und Entfettungsmittel, Stärkungspräparate; kosmetische, vorbeugende, Regenerations- und Desinfektionsmittel, Weine, Mineralwasser und Tee, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Als Arzneimittel gelten jedoch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

##### c) Naturheilverfahren

Zu den erstattungsfähigen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimitteln zählen die folgenden Naturheilverfahren:

###### aa) Eigenständige medizinische Richtungen

Anthroposophische Medizin, antimototoxische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie, traditionelle chinesische Medizin.

###### bb) Bioenergetische und Regulationsmedizin

Akupunktur, Akupressur, Shiatsu, bioelektronische Funktionsdiagnostik, Bioresonanztherapie, Elektroakupunktur, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Neuraltherapie/Elektroneuraltherapie, Regulationstherapien.

###### cc) Mikroökologische Medizin

Elementartherapie, mikrobiologische Therapie, orthomolekulare Medizin.

###### dd) Organotherapie

Enzymtherapie, Thymustherapie, Zelltherapie.

###### ee) Physikalische und Konditionierungsverfahren

Bewegungstherapien/Krankengymnastik, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Lichttherapie, Sprachtherapie, Thermoherapie.

###### ff) Sauerstofftherapien

Hämotogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie.

###### gg) Besondere Arzneizubereitungen

Homöopathische Hochpotenzen, Spagyrik, Nosoden.

Wir empfehlen, bei uns eine vorherige schriftliche Leistungszusage einzuholen.

##### d) Heilmittel

Heilmittel, die ärztlich verordnet wurden, sind bis zu den Höchstsätzen der Bundesbeihilfe erstattungsfähig.

##### e) Hilfsmittel

###### aa) Kleine Hilfsmittel

Ärztlich verordnete Bruchbänder, Bandagen, Gummi- und Kompressionsstrümpfe, orthopädische Einlagen. Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle bzw. Kontaktlinsen) sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 400 EUR erstattungsfähig. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst 2 Jahre nach dem letzten Bezug einer Sehhilfe, es sei denn, es wird ärztlicherseits eine Veränderung der Sehschärfe von wenigstens 0,5 Dioptrien auf einem Auge festgestellt.

###### bb) Große Hilfsmittel

Herz- und Atmungsmonitore, Sauerstoffgeräte, Absauggeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Stützapparate, Prothesen, Hörgeräte, orthopädische Schuhe, Schlaf-Apnoe-Geräte, Krankenstühle, Orthesen, u.ä.

Vor dem Bezug eines großen Hilfsmittels muss eine schriftliche Leistungszusage bei uns eingeholt werden. In allen geeigneten Fällen vermitteln wir den Bezug des großen Hilfsmittels. Liegt keine Leistungszusage vor oder wird die Vermittlung des Bezuges abgelehnt, sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die bei der Vermittlung durch uns entstanden wären.

##### f) Psychotherapie bis zu 40 Sitzungen im Versicherungsjahr

#### (9) Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

##### a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 (2) i.V.m. §§ 10-14 Bundespflegesatzverordnung).

Dazu zählen Fallpauschalen, Sonderentgelte, tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesätze, Basispflegesätze, entsprechende teilstationäre Pflegesätze und Belegpflegesätze), vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme bzw. -entbindungspflegers.

##### b) Wahlleistungen (§ 22 Bundespflegesatzverordnung)

Dazu zählen gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, gesondert berechenbare Leistungen und privatärztliche Behandlung.

c) Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, dann entspricht die 1. Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse einem Zimmer mit drei oder mehr Betten.

#### (10) Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

##### a) Zahnbehandlung

Dazu zählen konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlung von Parodontose sowie vorbeugende Untersuchungen.

##### b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Als Zahnersatz gelten Prothesen, Brücken, Kronen, Teilkronen, Stiftzähne, Implantate sowie alle damit im Zusammenhang stehenden vor- und nachbereitenden Maßnahmen.

#### (11) Rückführung

Bedingt eine im Ausland akut eingetretene Erkrankung oder eine Unfallverletzung die medizinisch notwendige Rückführung in die Bundesrepublik Deutschland, sind die aus medizinischen Gründen erforderlichen Mehrkosten erstattungsfähig. Mehrkosten sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland zusätzlich entstehen. Die Mehrkosten sind nur dann in voller Höhe erstattungsfähig, wenn vor der Rückführung eine Leistungszusage bei uns eingeholt oder die Rückführung durch uns organisiert wurde.

#### (12) Todesfall im Ausland

Erstattungsfähig sind die Bestattungskosten am Sterbeort für einen im Ausland Verstorbenen bzw. wahlweise Überführungskosten in die Heimat, höchstens jedoch 10.000 EUR.

#### (13)

a) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird satzungsgemäß eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der versicherten Personen verwendet werden darf. Als Verwendungsart der Überschüsse der nach diesen Bedingungen gültigen Tarife kommt insbesondere die Beitragssenkung in Betracht; die hierfür vorgesehenen Mittel werden den versicherten Personen jährlich gutgeschrieben und spätestens nach drei Jahren zur Beitragssenkung verwendet.

Daneben kann als Form der Beitragsrückerstattung auch gewählt werden: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

b) Abweichend hiervon dürfen im Interesse der versicherten Personen in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (Verlustabdeckung) entnommen werden.

c) Mit Zustimmung des Treuhänders bestimmt der Vorstand den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.

d) Die Voraussetzungen für die Beitragssenkung oder Auszahlung sowie Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand mit Zustimmung des Treuhänders festgelegt.

(14) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller versicherten Personen nach Krankheitskostentarifen, für die geschäftsplanmäßig eine Deckungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe des Geschäftsplans jährlich zugeschrieben.

Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird ab Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung im Geschäftsplan verwendet.

(15) Dauert ein Krankenhausaufenthalt länger als 3 Monate (91 Tage), so wird die versicherte Person ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung von der Beitragszahlung für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt freigestellt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Es muss Anspruch auf Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung für mindestens 91 Tage bestanden haben.

b) Der von der Beitragsfreistellung betroffene Tarif muss mindestens während der letzten 12 Monate mit voller Beitragspflicht bestanden haben.

Die Beitragsfreistellung wird in vollen Monatsbeiträgen gewährt.

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

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

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

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

f) (entfallen)

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 sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(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) Abweichend von § 5 (1) b) besteht auch Versicherungsschutz für die erste stationäre Entziehungsmaßnahme, sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat. Aufwendungen für Wahlleistungen sind nicht

erstattungsfähig. Es besteht kein Anspruch auf ein Ausgleichskrankenhaustagegeld.

(5) Abweichend von § 5 (1) d) besteht auch Versicherungsschutz für eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussheilbehandlung), wenn die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat. Außerdem ist Leistungsvoraussetzung, dass wir eine schriftliche Zusage für die geplante Weiterbehandlung vorher erteilt haben und die Behandlung binnen 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.

(6) Abweichend von § 5 (1) e) besteht auch Versicherungsschutz für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, nicht aber für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (vgl. § 5 (1) d)).

### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

(4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

(7) Die Kosten werden nach Vorlage von Originalrechnungen grundsätzlich in Euro erstattet. Die Belege müssen den Namen des Heilbehandlers und der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung enthalten; sie müssen außerdem nach Datum und Einzelleistung aufgegliedert sein. Zur Geltendmachung von Rückführungskosten ist eine Bescheinigung des im Ausland behandelnden Arztes erforderlich. Diese muss die Begründung für die Notwendigkeit der Rückführung beinhalten.

(8) Ergänzung zu § 6 (4):

Als Kurs des Tages gilt der offizielle EURO-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind.

(9) Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (§ 6 (6)) insoweit nicht.

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

### Pflichten des Versicherungsnehmers

#### § 8 Beitragszahlung

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

(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.

(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 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.

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

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

(8) Der Beitrag wird nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Kalenderjahr ergibt.

(9) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

(10) Für Kinder ist ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres folgt, der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

(11) Wir können pro Mahnung eine angemessene Mahngebühr und den Ersatz von Postgebühren verlangen.

(12) Der Beitrag ist nach Abs. 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bieten wir einen Beitragsnachlass (Skonto) von 3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr, 2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

#### **§ 8 a Beitragsberechnung**

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

(2) Bei einer Abänderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angeordnet 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 Beitragszuschläge entsprechend ändern.

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

#### **§ 8 b Beitragsanpassung**

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif 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.

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

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

(4) Der in Abs. 1 genannte tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10 %. Bei einem Vomhundertsatz von 5% können die Beiträge überprüft werden.

#### **§ 9 Obliegenheiten**

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

(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.

#### **§ 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, 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.

(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.

(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 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Entsprechendes gilt bei Beitragserhöhungen aufgrund einer Beitragsanpassungsklausel.

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

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

#### **§ 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.

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

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

#### **§ 15 Sonstige Beendigungsgründe**

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei

Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

#### **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 6 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.

##### **§ 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

a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchststrichterlichen 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 Abs. 1 werden zu Beginn des 2. 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. Abs. 3 gilt entsprechend.

##### **§ 19 Wechsel in den Standardtarif**

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a Nr. 2,

2 a - 2 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.

## Teil 3

### Tarif XL

#### 1. Leistungsumfang

Nach Abzug der Selbstbeteiligung (Nr. 2) sind erstattungsfähig die Aufwendungen für

ambulante Heilbehandlung (§ 4 (8) AVB) zu 100 %

stationäre Heilbehandlung (§ 4 (9) AVB) zu 100 %

Wird die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen, zahlen wir ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung zum Ausgleich ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 EUR pro Tag.

Wird auf die privatärztliche Behandlung verzichtet, zahlen wir ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung zum Ausgleich ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 EUR pro Tag.

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Zahnbehandlung (§ 4 (10) a) AVB) zu 100 %

Zahnersatz, Zahn- und

Kieferregulierung (§ 4 (10) b) AVB) zu 80 %

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist uns rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Wir verpflichten uns, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

Ohne Abzug der Selbstbeteiligung sind erstattungsfähig die Aufwendungen für

Rückführung (§ 4 (11) AVB) zu 100 %

nach Einholung einer Leistungszusage oder wenn die Rückführung durch uns organisiert wurde.

Rückführung (§ 4 (11) AVB) zu 80 %

wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht vorliegen.

Todesfall im Ausland (§ 4 (12) AVB) zu 100 %

#### 2. Selbstbeteiligung

a) Die Selbstbeteiligung wird von den gesamten Erstattungsbeträgen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung abgezogen. Sie gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nach Tarif XL nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht.

Die Selbstbeteiligung beträgt 3.000 EUR.

Für versicherte Personen bis zum 20. Lebensjahr reduziert sich die vertraglich vereinbarte Selbstbeteiligung auf die Hälfte. Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr die volle Selbstbeteiligung.

b) Bei Vorliegen der nachfolgenden Krankheiten fällt die Selbstbeteiligung für die versicherte Person für die gesamte zukünftige Versicherungsdauer im Tarif XL weg, wenn

- die Erstdiagnose der Krankheit während des Versicherungsschutzes nach Tarif XL festgestellt wird,

- das nachfolgend aufgeführte Stadium der Krankheit erreicht ist und

- die Hilfe unseres Gesundheitsmanagers in Anspruch genommen wird.

Der Gesundheitsmanager steht Ihnen und allen versicherten Personen für medizinische Fragen zur Verfügung und berät Sie bei der Inanspruchnahme unserer Serviceleistungen.

Krankheiten:

#### Krebs:

Histologisch gesichertes Auftreten eines bösartigen Tumors mit infauster Prognose oder mit Nachweis von Lymphknoten- oder Fernmetastasen. Eingeschlossen sind auch alle Stadien von Leukämien und verwandte Formen von Blutkrebs.

#### Herzinfarkt:

Herzinfarkt mit einer dauerhaften Verminderung der echokardiographischen Auswurffraktion auf weniger als 35 %.

#### Chronisches Nierenversagen:

Dialysepflichtigkeit einer nicht verbesserungsfähigen Nierenerkrankung.

#### Schlaganfall:

Eintritt eines akuten Hirninfarktes oder einer Hirnblutung mit anhaltender, wenigstens über einen Zeitraum von 6 Monaten nachweisbarer neurologischer Ausfallsymptomatik.

#### Knochenmarksversagen:

Knochenmarksversagen im Sinne einer aplastischen Anämie oder eines myelodysplastischen Syndroms, welches über einen Zeitraum von wenigstens 6 Monaten regelmäßige Bluttransfusionen erforderlich gemacht hat. Die Diagnose muss bei wiederholten Messungen im genannten Zeitraum von 6 Monaten gesichert sein.

#### Koma:

Koma bzw. apallisches Syndrom, das mindestens über 168 Stunden bestanden haben muss und nach weiteren 6 Monaten ein nachweisbares neurologisches Defizit aufweist (ausgeschlossen sind Komaformen im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenmissbrauch).

#### Bösartige Lymphdrüsen geschwulsterkrankungen:

Histologisch gesicherte bösartige Erkrankung der Lymphknoten und/oder des Knochenmarkes. Ferner der histologisch gesicherte Befall von nicht dem Lymphsystem zuzuordnender Organstrukturen im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium III oder IV der Ann-Arbor-Klassifikation.

#### Schädel-Hirn-Trauma:

Schädel-Hirn-Trauma/Hirnblutungen mit neurologischen Ausfallsymptomen, die auch nach über 6 Monaten noch bestehen.

#### Multiple Sklerose:

Multiple Sklerose (Enzephalomyelitis disseminata) mit neurologischen Ausfallerscheinungen, welche über wenigstens 6 Monate bestanden haben müssen.

#### Kurzdarmsyndrom:

Kurzdarmsyndrom bei Verlust von mindestens 60% des Dünndarms und objektiver Notwendigkeit zur Dauerbehandlung mittels Medikamenten und/oder Nahrungsergänzung über eine Magensonde oder einen Katheter.

#### AIDS bzw. HIV-Infektion:

AIDS bzw. HIV-Infektion mit einem nachgewiesenen Abfall der T-Helferzellen unter 500/mikroliter. Die Krankheitsdauer muss mindestens 6 Monate betragen. Die Infektion muss durch Mehrfachtestungen einschließlich positiver Bestätigungstests bestätigt sein.

#### Organtransplantationen:

Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, Lunge oder Leber sowie Knochenmarkes eines Fremdspenders.

### 3. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen und allen versicherten Personen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen

- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen

- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern).

Wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken.

Wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen.

Außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern

- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen

- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen

die Einschaltung von Spezialisten

die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung

individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke)

- bei Auslandsreisen

24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern

ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Information von Angehörigen

Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen

Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus

Organisation von Auslandsrücktransporten

Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.



## IV Krankheitskostenversicherung nach Tarif BSS - Basistarif Spezial

### Teil 1: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994)

#### Teil 2: Tarifbedingungen

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

Er gewährt im Versicherungsfall

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

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

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

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. (Vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluß vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

#### (6) Aufnahmefähigkeit

a) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren Wohnsitz im Gebiet der ehemaligen DDR einschl. Berlin (Ost) haben.

b) Ist das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von besonderen Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen. § 2 Abs. 2 (Neugeborene) bleibt unberührt.

#### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne 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.

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

#### § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

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

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

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund 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.

#### (7) Erlaß der Wartezeiten

a) Die Möglichkeit des Erlasses der Wartezeiten auf Grund ärztlicher Untersuchung besteht. 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.

b) Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

#### § 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.

(2a) Ferner dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs-

oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso 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) Definitionen

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

b) Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin durch dazu qualifizierte Personen, nicht jedoch Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

c) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Bandagen, Brillen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gipsliesgeschalen, Hörgeräte, medizinisch notwendige Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

(8) Beitragsrückerstattung

a) 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.

b) Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

c) Das zuständige Organ entscheidet mit Zustimmung des Treuhänders jährlich über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie welche Tarife an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe.

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

- die betreffende Versicherung während des letzten Geschäftsjahres ununterbrochen bestanden hat,

- Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen wurden,

- die Versicherung mindestens bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres noch fortbestand (ausgenommen, wenn die Versicherung durch den Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit während der ersten 7 Monate des laufenden Geschäftsjahres beendet wurde).

(9) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Deckungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die geschäftsplanmäßig eine Deckungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist,

zusätzliche Beträge nach Maßgabe des Geschäftsplans jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung im Geschäftsplan verwendet.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

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

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

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

f) (entfallen)

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 sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(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) Kurortsklausel

Abweichend von § 5 (1) e) werden die tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung - nicht für Kur- oder Sanatoriumsbehandlung - in einem Heilbad oder Kurort gezahlt.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

(4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

(7) Nachweise

a) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers

über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Belege der Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

b) 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.

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

d) Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie ggf. die Erstellung von Gutachten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

e) Der Versicherer kann verlangen, daß die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind.

f) Die Zahlung an den Überbringer oder Übersender von Nachweisen befreit den Versicherer nicht von seiner Leistungspflicht, wenn ihm begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt sind.

#### (8) Kosten

Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn es sich um Überweisung in das Ausland handelt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine besondere Überweisungsform gewählt wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.

#### (9) Wechselkurs

Ergänzung zu § 6 Abs. 4: Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, daß die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind.

#### (10) Nicht zu Recht geleistete Zahlungen

Sind Zahlungen geleistet worden, die dem Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grunde vertraglich nicht oder nicht mehr zustehen, so ist er zur Rückzahlung auch dann verpflichtet, wenn der Vertrag nicht mehr besteht.

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

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

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

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

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

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

#### (8) Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je Mahnung 0,51 EUR.

(9) Der Beitrag ist nach Abs. 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bietet der Versicherer einen Beitragsnachlaß (Skonto) von 3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr, 2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

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

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

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

#### (5) Eintrittsalter

a) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr.

b) Für Kinder ist ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, der Beitrag für Jugendliche zu zahlen. Jugendliche zahlen ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 20. Lebensjahres folgt, Erwachsenenbeiträge der Altersstufe 21 bis 25 Jahre.

c) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis zu führen.

### § 8 b 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 für jeden Tarif 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 Beitragszu

schlag 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.

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

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

(4) Der in Abs. 1 genannte tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10%. Bei einem Vomhundertsatz von 5% können die Beiträge überprüft werden.

### § 9 Obliegenheiten

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

(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.

(7) Auf die Meldung der Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 bleibt unberührt.

### § 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.

(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.

(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 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Entsprechendes gilt bei Beitragserhöhungen aufgrund einer Beitragsanpassungsklausel.

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

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

### (8) Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

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

b) Im ersten Versicherungsjahr beträgt die Selbstbeteiligung anteilig nur soviel Zwölftel, wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Versicherungsjahr entsprechen.

c) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

(9) Vertragstrennung durch versicherte Personen Versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen.

### § 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.

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

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

#### **§ 15 Sonstige Beendigungsgründe**

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

### **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 6 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.

#### **§ 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

a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) 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 Abs. 1 werden zu Beginn des 2. 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. Abs. 3 gilt entsprechend.

#### **§ 19 Wechsel in den Standardtarif**

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, daß versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a - 2c 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(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.

#### **§ 20**

Innerhalb von drei Monaten ab Inkrafttreten der ungekürzten Gebührenrahmen in GOÄ und GOZ haben die versicherten Personen das Recht, ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in andere für den Neuzugang geöffnete Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen umstellen zu lassen. Dabei wird das dann erreichte Alter zugrunde gelegt und die Alterungsrückstellung (§ 8a) geschäftsplanmäßig berücksichtigt.

### **Teil 3**

## **Tarif BSS - Basistarif Spezial**

#### **Leistungsumfang**

##### **(1) Ambulante Heilbehandlung**

###### **a) Ärztliche Leistungen**

Erstattet werden 100% des Rechnungsbetrages für ambulante Heilbehandlung gemäß § 1 Abs. 2 bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O sowie der Nummer 437. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz erstattet, die nach Abschnitt M und nach Nummer 437 bis zum 1,15fachen Satz. Außerdem werden Behandlungskosten von Psychotherapeuten und Hebammen erstattet.

###### **b) Heilpraktiker**

Die Kosten der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

###### **c) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel**

Erstattet werden 85% der Kosten bis zu einer Selbstbeteiligung von 200 EUR je Versicherungsjahr, darüber hinaus 100% der Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Für Brillengestelle wird ein Betrag von 15 EUR erstattet. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Soweit ein Hilfsmittel mehr als 320 EUR kostet, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von 3 Kalenderjahren geleistet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

###### **(2) Stationäre Behandlung**

Erstattet werden 100% der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft oder Entbindung. Zu den

allgemeinen Krankenhausleistungen zählen nicht Leistungen, die gesondert wählbar und zusätzlich berechenbar sind.

Die Kosten für einen Belegarzt werden entsprechend Abs. 1 a) bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen bzw. 1,15fachen Satz der GOÄ übernommen. Belegarzt ist ein nicht am Krankenhaus angestellter Arzt, der seinen Patienten bei Krankenhausaufenthalt behandelte.

#### (3) Krankentransport/Fahrtkosten

Erstattet werden 100% des 10 EUR je Fahrt übersteigenden Betrages für medizinisch notwendige Transporte bei stationärer Behandlung zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit.

#### (4) Zahnärztliche Behandlung

##### a) Zahnbehandlung

Erstattet werden 100% des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. bis zum 1,8fachen Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E, und O der GOÄ bzw. bis zum 1,15fachen Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ.

##### b) Kieferorthopädische Behandlung

Erstattet werden 100% des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der GOZ.

##### c) Zahnersatz

Erstattet werden 60% des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der GOZ: Medizinisch-technische Leistungen, die der Zahnarzt nach der GOÄ berechnen kann, werden bis zum 1,8fachen Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ bzw. bis zum 1,15fachen Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ erstattet.

Zu den Zahnersatzkosten gehören zahnärztliches Honorar, Material- und Laborkosten für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Stützähne, Brücken) einschl. Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und Gußfüllungen.

Kosten zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, soweit sie zu den üblichen Preisen berechnet sind, werden zu 60% erstattet.

Im Rahmen von Abs. 4 werden in den ersten 12 Monaten höchstens 600 EUR und in den ersten 24 Monaten höchstens 1.200 EUR erstattet.

## V Krankentagegeldversicherung

### Teil 1: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 1994)

### Teil 2: Tarifbedingungen

#### Der Versicherungsschutz

##### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er gewährt 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 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 (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluß vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland. Bei 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 Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

##### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem der Vertrag beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

##### § 3 Wartezeiten

(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 einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird bis zur Höhe des bisherigen 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 Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 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.

(7) Unter den in Abs. 5 genannten Voraussetzungen entstehen auch für den Teil des Krankentagegeldes, der die Höhe des bisherigen Krankengeldes übersteigt, keine Wartezeiten.

(8) Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen untersuchen lassen. Gehen die ärztlichen Untersuchungsbefunde auf den vorgeschriebenen Formularen nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, dann gilt der Antrag für den Abschluß einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

(9) Für Personen, die aus einer anderen privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird auf die Einhaltung der Wartezeiten verzichtet, wenn

a) die Versicherung in unmittelbarem Anschluß an die bisherige Versicherung beginnt,

b) die Vorversicherungszeit in der Krankentagegeldversicherung ununterbrochen mindestens 8 Monate betragen hat,

c) bei der VICTORIA Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

##### § 4 Umfang der Leistungspflicht

(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 12 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) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, daß das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang 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. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweise 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. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 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)

a) Aus dem Überschuß der Gesellschaft wird satzungsgemäß eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet. Diese Rückstellung darf nur zu Gunsten der Versicherten verwendet werden. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

b) Abweichend hiervon dürfen im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (Verlustabdeckung) entnommen werden.

c) Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.

d) Die Voraussetzungen für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen werden vom Vorstand festgelegt.

(11) Hinsichtlich der Karenzzeit gilt für Arbeitnehmer folgendes:

Erkrankt der Arbeitnehmer innerhalb eines halben Jahres mehrmals an derselben Krankheit, so werden die einzelnen Krankheitsdauern zur Ermittlung der Karenzzeit zusammengezählt.

(12)

a) Die Gesellschaft bietet allen Versicherungsnehmern mit einem Krankentagegeld von 25 EUR an mindestens alle zwei Jahre eine Anpassung des versicherten Krankentagegeldes entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung an; als Maßstab dient die prozentuale Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Das Nettoeinkommen der versicherten Person (vgl. § 4 Abs. 2) darf dabei nicht überschritten werden.

b) Die Anpassung kommt zustande, wenn der Versicherungsnehmer das Angebot durch Rücksendung eines ihm durch die Gesellschaft übersandten Formulars annimmt. Dem Formular sind die Frist, innerhalb derer das Angebot angenommen werden muß, die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepaßt werden kann, und der Beginn der erhöhten Leistung zu entnehmen. Die Anpassung erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikoschläge werden mit angepaßt.

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) 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;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewußtseinsstörung zurückzuführen sind;

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutter-

schutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, daß die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz in Deutschland aufhält, es sei denn, daß sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres Wohnsitzes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswitzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

(3) Für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gilt folgendes:

Nach einer mindestens vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit werden die Leistungen auch bei notwendigen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erbracht, wenn die Notwendigkeit der Maßnahmen durch den Versicherer schriftlich aufgrund eines ärztlichen Attestes anerkannt worden ist. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z.B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

(4) Als Entziehungsmaßnahmen nach § 5 (1) b) gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.

(5) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1) c) entfällt.

(6) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1) d) gilt nur während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote; außerhalb dieses Zeitraums wird Krankentagegeld in tariflichem Umfang gezahlt. Für Selbständige gelten die Fristen der gesetzlichen Beschäftigungsverbote entsprechend.

### § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

(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.

(6) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist der Gesellschaft durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung mit Angabe aller Krankheiten (vollständige Diagnose) auf dem dafür vorgesehenen Vordruck unverzüglich anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist der Gesellschaft wöchentlich nachzuweisen, sofern der Nachweis nicht in längeren Zeitabständen verlangt wird.

(7) Das Krankentagegeld wird nachschüssig nach Eingang der ärztlichen Bescheinigung bis zum Ausstellungsdatum, längstens jedoch bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

### § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten 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 Buchstabe a oder b.



## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

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

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, daß sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle 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.

(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.

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

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

(8) Der Beitrag wird nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Kalenderjahr ergibt.

(9) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

(10) Die Gesellschaft kann je rückständige Beitragsrate eine Mahngebühr von 1,53 EUR, daneben den Ersatz von Postgebühren verlangen.

(11) Der Beitrag ist nach Abs. 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bietet der Versicherer einen Beitragsnachlaß (Skonto) von 3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr, 2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

### § 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, daß eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des 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 Beitragszuschläge entsprechend ändern.

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

### § 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif 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.

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

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

(4) Der in Abs. 1 genannte tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10 %.

### § 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. 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 hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht 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.

### § 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 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 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

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 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 krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit das Versicherungsverhältnis rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie 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.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis 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 Schlusse 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.

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

(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 Krankentagegeldes 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 Abs. 3.

(5) Die Absätze 1-4 gelten entsprechend für Krankentagegeldversicherungen, die während der Dauer eines Versicherungsverhältnis-

ses beginnen oder bei Erhöhungen des Krankentagegeldes oder bei Verkürzung der Karenzzeiten.

(6) Die Gesellschaft verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre, wenn

a) bei ihr eine Krankheitskostenvollversicherung besteht (ambulante und stationäre Heilbehandlung) oder

b) eine Vorversicherung nach § 3 (5) angerechnet wird, und zwar beschränkt auf den Umfang des bisherigen Krankengeldanspruchs.

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) 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 Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

b) 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% 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 Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird;

d) 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;

e) mit dem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

(2) Die Gesellschaft kann in Ausnahmefällen eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses über das 65. Lebensjahr hinaus - gegebenenfalls zu neuen Bedingungen - einräumen.

(3) Wird ein versicherter Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die 3-Monatsfrist des § 15 (1) a) auf 6 Monate. § 15 (1) b) bleibt hiervon unberührt.

(4) In Ergänzung zu (1) a) und b) gilt:

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von 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, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

## 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 6 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.

### § 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

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

In den Fällen 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 Abs. 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. Abs. 3 gilt entsprechend.

## Teil 3

### Tarif TG für Angestellte und Selbständige

#### 1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die einen Beruf als Selbständige oder eine freiberufliche Tätigkeit (§ 18 (1) Nr. 1 Einkommenssteuergesetz - siehe Anhang) ausüben und aus dieser Tätigkeit regelmäßig Einkünfte haben. In Tarifen mit mindestens 42 Tagen Karenzzeit (Ausnahme Tarif TG 042) sind außerdem Personen versicherungsfähig, die als Arbeitnehmer regelmäßig Einkommen aus einem festen Arbeitsverhältnis beziehen. Das Aufnahmehöchstalter ist das vollendete 60. Lebensjahr.

#### 2. Leistungsumfang

2.1 Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit, sie beträgt nach

TG 07, TG 7	7 Tage
TG 014, TG 14	14 Tage
TG 021, TG 21	21 Tage
TG 028, TG 28	28 Tage
TG 042, TG 42	42 Tage
TG 91	91 Tage
TG 182	182 Tage
TG 364	364 Tage

ab Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit. Bei rückwirkender ärztlicher Festlegung der Arbeitsunfähigkeit beginnt die Karenzzeit mit dem Tage der Feststellung.

In den Tarifen TG 07, TG 014, TG 021, TG 028 und TG 042 wird das Krankentagegeld für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung auch während der Karenzzeit gezahlt.

2.2 Das Krankentagegeld wird für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit - auch für Sonn- und Feiertage - ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

2.3 Für Arbeitnehmer gilt folgendes: Besteht im unmittelbaren Anschluß an eine völlige Arbeitsunfähigkeit, für die die VICTORIA Krankenversicherung Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt die VICTORIA Krankenversicherung die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Der Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 91 Tage. Der Anspruch entfällt insoweit, als das Krankentagegeld zusammen mit dem vom Arbeitgeber gezahlten Gehalt das volle Arbeitseinkommen überschreitet.

2.4 Für Selbständige gilt folgendes: Besteht in unmittelbarem Anschluß an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 12wöchiger Dauer, für die die VICTORIA Krankenversicherung Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt die VICTORIA Krankenversicherung die Hälfte des versicherten Tagegeldes. Der Anspruch besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens für 4 Wochen.

## Teil 3

### Tarif FT für freiberuflich Tätige

#### 1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die eine freiberufliche Tätigkeit als Apotheker, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Tierarzt, Rechtsanwalt, Notar, Patentanwalt, Ingenieur, Architekt, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater oder Steuerbevollmächtigter ausüben und aus dieser Tätigkeit regelmäßig Einkünfte haben. Das Aufnahmehöchstalter ist das vollendete 60. Lebensjahr.

#### 2. Leistungsumfang

2.1 Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit. Sie beträgt nach

FT 01, FT 1	1 Woche
FT 02, FT 2	2 Wochen
FT 03, FT 3	3 Wochen
FT 04, FT 4	4 Wochen
FT 06, FT 6	6 Wochen

ab Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit.

Bei rückwirkender ärztlicher Festlegung der Arbeitsunfähigkeit beginnt die Karenzzeit mit dem Tage der Feststellung.

In den Tarifen FT 01, FT 02, FT 03, FT 04 und FT 06 wird das Krankentagegeld für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung auch während der Karenzzeit gezahlt.

2.2 Das Krankentagegeld wird für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit - auch für Sonn- und Feiertage - ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

2.3 Besteht in unmittelbarem Anschluß an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 12wöchiger Dauer, für die die VICTORIA Krankenversicherung Krankentagegeldleistungen erbracht hat, Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt die VICTORIA Krankenversicherung die Hälfte des versicherten Tagegeldes. Der Anspruch besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 4 Wochen.

# VI Pflegezusatzversicherung

## Bedingungsteil AVB/PZ 1994

### Der Versicherungsschutz

#### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer gewährt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegegeld.

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

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 sind

a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,

b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,

c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des § 1 Absatz 2 Satz 2 sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,

b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I

(erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II

(Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III

(Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(9) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen,

den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/PZ 1994) einschließlich Tarif PZ mit Anhang sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, können die mit dem SGB XI übereinstimmenden Teile der AVB gemäß § 18 geändert werden.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden.

#### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate nach Tarif PZ 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.

(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.

(4) Der Vertrag wird grundsätzlich für 1 Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem der Vertrag beginnt. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

#### § 3 Wartezeitverzicht

Wartezeiten bestehen nicht.

#### § 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Versicherte Personen erhalten bei ambulanter oder vollstationärer Pflege ein Pflegegeld. Die Höhe des Pflegegeldes wird im Tarif geregelt.

(2) Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn ambulante oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt und eine stationäre Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) in Anspruch genommen wird.

(3) Ambulante Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrem Haushalt oder einem anderen Haushalt, in den sie aufgenommen ist, gepflegt wird. Dazu gehört auch die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege.

(4) Hinsichtlich der Art der Pflege (ambulant oder vollstationär) sowie der Pflegestufe gilt die Einstufung in der Pflegepflichtversicherung. Hat keine Einstufung in der Pflegepflichtversicherung stattgefunden, gelten die Einstufungskriterien des Pflegeversicherungsgesetzes.

(5) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt.

(6) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie Pflegegeld aus der festgestellten Pflegestufe für ambulante Pflege.

#### **§ 4a Überschußbeteiligung**

(1) Aus dem Überschuß der Gesellschaft wird satzungsgemäß eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet. Diese Rückstellung darf nur zugunsten der Versicherten verwendet werden.

(2) Als Form der Überschußbeteiligung kann vorgesehen werden:

Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen, Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen sowie in Ausnahmefällen die Abwendung eines Notstands (Verlustabdeckung).

(3) Über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung werden die Versicherungsnehmer jeweils informiert.

#### **§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**

Keine Leistungspflicht besteht

a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, daß diese auf Pflegebedürftigkeit beruht;

c) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

#### **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht.

(2) Eintritt und Stufe der Pflegebedürftigkeit sind durch eine Bescheinigung des Pflegepflichtversicherers nachzuweisen. Hinsichtlich der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit muß halbjährlich eine Bescheinigung des Pflegepflichtversicherers vorgelegt werden. Hat keine Einstufung in der Pflegepflichtversicherung stattgefunden, sind Eintritt und Stufe der Pflegebedürftigkeit sowie deren Fortdauer durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Hausarzt des Versicherten, muß der Versicherer innerhalb von vier Monaten eine weitere Untersuchung durch einen anderen von ihm beauftragten Arzt veranlassen. Die Untersuchung erfolgt im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne daß der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

(3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(5) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, es sei denn, er hat begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, daß der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abtreten noch verpfändet werden.

#### **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

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

## **Pflichten des Versicherungsnehmers**

#### **§ 8 Beitragszahlung**

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

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

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines 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 Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags 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. Die Gesellschaft kann je rückständige Beitragsrate eine Mahngebühr von 1,53 EUR, daneben Ersatz von Postgebühren verlangen.

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

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

(8) Der Beitrag wird nach dem Geschlecht und dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen Geburtsjahr und Kalenderjahr ergibt.

(9) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

(10) Der Beitrag ist nach Abs. 1 ein Jahresbeitrag, der in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Bei Vorauszahlung der monatlichen Beitragsraten bietet der Versicherer einen Beitragsnachlaß (Skonto) von 3% bei einer Vorauszahlung für ein Versicherungsjahr, 2% bei einer Vorauszahlung für ein halbes Versicherungsjahr.

#### **§ 8a Beitragsberechnung**

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, daß eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen ange-

rechnet 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 Beitragszuschläge entsprechend ändern.

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

(5) Ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 20. Lebensjahres folgt, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.

#### **§ 8b Beitragsanpassung**

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Vertragsänderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 v. H., werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

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

(4) 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.

#### **§ 8c Leistungsanpassung**

(1) Werden die in der Pflegepflichtversicherung gewährten Leistungen gemäß § 30 SGB XI (siehe Anhang) verändert, kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders das Pflegegeld der einzelnen Tarifstufen entsprechend der prozentualen Veränderung in der Pflegepflichtversicherung anpassen. Die Leistungen werden ohne erneute Gesundheitsprüfung angepaßt. Das gilt auch für laufende Versicherungsfälle. Bei einer Leistungsanpassung werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt.

(2) 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) Der Eintritt, der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

(2) Anzuzeigen sind ferner jede Krankenhausbehandlung, stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, sowie jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung.

(3) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Personen erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

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

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

#### **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

(1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Bei Verletzung der in § 9 Absatz 6 genannten Obliegenheit ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Absatz 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.

(4) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Absatz 3 zusätzliche Aufwendungen, kann er von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

#### **§ 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 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.

### **Ende der Versicherung**

#### **§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) 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.

(4) 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.

(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 Schlusse 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 ab

zugeben. 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.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

### 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 hat.
- (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.

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

In den Fällen 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 3 gilt entsprechend.

### Tarif PZ

#### 1) Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen bis zum vollendeten 60. Lebensjahr. Personen mit einem höheren Eintrittsalter können gegebenenfalls zu besonderen Bedingungen aufgenommen werden.

#### 2) Leistungsumfang

2.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 AVB/PZ 1994 wird ein monatliches Pflegegeld gezahlt.

Es beträgt bei ambulanter Pflege (vgl. § 4 (3) AVB/PZ 1994)

	in der Tarifstufe				
	PZ 1	PZ 2	PZ 3	PZ 4	PZ 5
in der Pflegestufe I	-	-	-	-	-
in der Pflegestufe II	240	360	480	600	720
in der Pflegestufe III	320	480	640	800	960
und bei vollstationärer Pflege (vgl. §4(2) AVB/PZ 1994)	640	960	1.280	1.600	1.920

EUR pro Monat.



## VII Pflegepflichtversicherung

### Bedingungsteil MB/PPV 1996

#### Der Versicherungsschutz

##### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer gewährt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten sind nicht erstattungsfähig.

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

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,

b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,

c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,

b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderli-

chen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,

c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

(9) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 1996, Tarif PV) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

(11) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PVN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist.

Werden versicherte Personen der Tarifstufe PVN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

(12) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

##### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgen.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Abs. 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Abs. 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

##### § 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Abs. 1) an.

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages

a) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr,

b) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre,

c) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre,

d) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre,

e) in der Zeit ab dem 1. Januar 2000 fünf Jahre,

wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss.

(3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

### A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Abs. 5 genannten Verrichtungen. Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerter der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

(3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,

a) bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,

b) bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden sind, oder, sofern dies durch eine solche Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person den Pflegeeinsatz nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je

Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 12 Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

(7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist.

Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel oder die technischen Hilfen anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

### B. Teilstationäre Pflege

(8) Versicherte Personen haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI sind nicht erstattungsfähig.

(9) Versicherte Personen erhalten unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen zusätzlich zu den Leistungen nach Absatz 8 ein anteiliges Pflegegeld, wenn der im Tarif PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für die jeweilige Pflegestufe vorgesehene monatliche Höchstbetrag der Aufwendungen für teilstationäre Pflege nicht voll ausgeschöpft wird. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat.

(10) Statt Pflegegeld kann neben den Leistungen nach Absatz 8 Aufwendungsersatz nach Absatz 1 für häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Absatz 1 Satz 4 in Anspruch genommen werden. Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 8 dürfen jedoch insgesamt je Kalendermonat den in Nr. 1 des Tarifs PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen.

### C. Kurzzeitpflege

(11) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Die Leistungen werden

a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder

b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

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

(12) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.

(13) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nr. 7.1 des Tarifs PV, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.

#### **E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

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

Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

#### **F. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

(15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung kann auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 9 des Tarifs PV.

#### **G. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Abs. 1) und teilstationärer Pflege (Abs. 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Nr. 10 des Tarifs PV. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen ist und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

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

- a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglaufen-denz);
- b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;

c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;

d) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;

e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;

f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;

g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;

h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;

i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;

j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;

k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;

l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;

m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

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

#### **§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; Aufwendungsersatz gemäß § 4 Abs. 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;

b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

a) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat. Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht;

b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer vollstationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt;

c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen

nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(3) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

(3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(4) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, es sei denn, er hat begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.

(5) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

(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) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am

Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sind beitragsfrei versichert, wenn sie

a) nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig sind,

b) nicht nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht befreit sind,

c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben,

d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch (SGB) - Viertes Buch (IV) - (siehe Anhang), mindestens jedoch 325 Euro, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

b) bis zu Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,

d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) -) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

(4) Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.

(5) Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 55 Abs. 1 und 2 SGB XI. Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 v. H. des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

(6) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

(7) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(8) Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflegepflichtversicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2500 Euro verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 39 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(9) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

#### **§ 8 a Beitragsberechnung**

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbegins.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

#### **§ 8 b Beitragsänderungen**

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen ändern. Dementsprechend werden anhand einer Gemeinschaftsstatistik der privaten Pflegepflichtversicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 v. H., so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

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

(3) Anpassungen nach 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) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.

(5) Angleichungen gemäß Absatz 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

#### **§ 9 Obliegenheiten**

(1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegeetä-

tigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Abs. 14 erbringt.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 b).

(3) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Personen erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich schriftlich zu unterrichten.

#### **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

(1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit der in § 6 Abs. 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.

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

(3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Abs. 3 und 4 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

#### **§ 11 Ansprüche gegen Dritte**

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadensersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag 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) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI, wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen zwei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung der betroffenen Personen nur zum Ende des Monats kündigen, in dem

er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

(2) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 178 h Abs. 3 und 4 VVG kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(3) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a SGB XI begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.

(4) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

#### **§ 14 Kündigung durch den Versicherer**

(1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1 SGB XI besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Abs. 5 bleibt unberührt.

(2) In den Fällen des § 9 Abs. 5, § 13 Abs. 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Abs. 3) kündigen.

(3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a SGB XI begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherer ferner kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mindestens zwei Monatsbeiträge nicht entrichtet hat. § 39 VVG wird entsprechend angewendet.

#### **§ 15 Sonstige Beendigungsgründe**

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde.

Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Abs. 1 a) Halbsatz 1.

Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gilt Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen**

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

#### **§ 17 Gerichtsstand/Klagefrist**

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

(2) 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.

#### **§ 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

a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) 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 Klagefrist und 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 3 gilt entsprechend.

#### **§ 19 Beitragsrückerstattung**

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

## Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a Abs. 1 SGB XI

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

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 1996 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 1996 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von Behinderten, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 1996

a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz auf 150 v. H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v. H. des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, mindestens jedoch 325 Euro, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt.

Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.

Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;

b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

4. § 8 a Abs. 2 MB/PPV 1996 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

## Tarif PV

### mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 1996) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

## Leistungen der Versicherer

### Tarifstufe PVN

#### für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen

**100 v. H.** der nach den Nummern 1-10 vorgesehenen Beträge.

### Tarifstufe PVB

#### für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

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

Die Tarifleistungen betragen für

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

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-10 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1-5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Hilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Hilfsmittel bereitgestellt hat.

### 1. Häusliche Pflegehilfe

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 384 Euro,
  - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 921 Euro,
  - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.432 Euro
- erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v.H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet.

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

### 2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendemonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 205 Euro,

- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 410 Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 665 Euro.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

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

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro, in Pflegestufe III bis zu 26 Euro erstattet.

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

### 3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Die Erstattung ist im Einzelfall auf 1.432 Euro je Kalenderjahr begrenzt.

Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt, die nicht erwerbsmäßig pflegt, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf den in Satz 1 genannten Betrag begrenzt.

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

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird.

### 4. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die in dem Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Bei Fehlen eines solchen ist das Pflegehilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der sozialen Pflegeversicherung oder die ersatzweise erlassene Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung maßgeblich.

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

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Hilfsmittel zu 100 v. H. erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 v. H. der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 Euro je Hilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden bis zu 31 Euro je Kalendermonat erstattet.

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

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

### 5. Teilstationäre Pflege

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

- a) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 384 Euro,
- b) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 921 Euro,
- c) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.432 Euro erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004 die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v. H. der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

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

### 6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004 für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.432 Euro pro Kalenderjahr ersetzt. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

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

7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis 31. Dezember 2004 für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu 1.432 Euro je Kalendermonat erstattet; dabei dürfen die jährlichen Ausgaben für alle in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten stationär Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege - ohne Berücksichtigung der Härtefälle gemäß Satz 2 - im Durchschnitt 15.339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen; andernfalls werden die Erstattungsbeträge entsprechend dem Prozentsatz, um den der Durchschnittsbetrag überschritten ist, gekürzt.

Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu 1.688 Euro je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

In der Zeit vom 1. Januar 1998 bis 31. Dezember 2004 werden abweichend von Satz 1 die dort genannten Aufwendungen pauschal

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro monatlich,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro monatlich,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432 Euro monatlich,
- d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 2 anerkannt sind, in Höhe von 1.688 Euro monatlich

erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v. H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI. Die Kürzung bei Überschreiten des jährlichen Durchschnittsbetrages erfolgt jeweils zum 1. November und 1. Mai.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 MB/PPV 1996) werden die Aufwendungen gemäß Sätzen 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v. H. des nach § 93 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.



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

## **8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 141, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI) - in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

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

## **9. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

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

## **10. Zusätzliche Betreuungsleistungen**

Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelliger Betreuungsangebote, die nach § 45 c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu 460 Euro je Kalenderjahr erstattet. Wird dieser Betrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Versicherte Personen, die erst im Laufe eines Kalenderjahres die Leistungsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 16 Satz 2 erfüllen, erhalten den Betrag von 460 Euro anteilig.

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

## **Pflegehilfsmittelverzeichnis**

### **Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung**

Stand: November 1996

#### **1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege**

##### **1.1 Häuslicher Bereich**

1.1.1 Krankenpflegelifter zur Fremdbedienung - Lifter, fahrbar

1.1.2 Wandlifter zur Fremdbedienung

##### **1.2 Pflegebereich**

1.2.1 Pflegebetten

- Pflegebett, manuell höhenverstellbar und manuell verstellbare Liegefläche

- Pflegebett, motorisch höhenverstellbar und verstellbare Liegefläche

- Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten

1.2.2 Pflegebettzubehör

- Bettverlängerungen

- Bettverkürzer

- Bettgalgen

- Aufrichthilfe

- Seitengitter

- Fixierbandagen

1.2.3 Pflegebettzurichtungen

- Einlegerahmen, verstellbar mit Bettheber

- Rückenstützen

1.2.4 Spezielle Pflegebettische

- Spezielle Pflegebettische

- Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte

1.2.5 Pflegeliegestühle

- Mehrfunktions-Pflegeliegestühle

1.2.6 Lagerungskeile

- Lagerungskeile bis zu 10 cm Höhe

- Lagerungskeile bis zu 20 cm Höhe

- Lagerungskeile bis zu 30 cm Höhe

- Lagerungskeile über 30 cm Höhe

1.2.7 Umsetz- u. Hebehilfen zur Fremdbedienung

- Drehscheibe

##### **1.3 Innenraum**

1.3.1 Zimmerrollstühle

- Starre Zimmerrollstühle

- Faltbare Zimmerrollstühle

##### **1.4 Innenraum und Außenbereich/Straßenverkehr**

1.4.1 Schieberollstühle

- Standardschieberollstühle

- Schieberollstühle mit Rückenlehnenverstellung bis 30 Grad

- Schieberollstühle mit Rückenlehnenverstellung bis 90 Grad

1.4.2 Fremdbedienbare Elektrorollstühle

- Elektrorollstühle mit Fremdbedienung

##### **1.5 Treppen**

1.5.1 Treppenfahrzeuge

- Treppensteighilfen, elektrisch betriebene Treppenraupen

##### **1.6 Ohne speziellen Anwendungsort/Zusätze**

1.6.1 Rollstuhl-Schubgeräte

1.6.2 Aufsteckantriebe für Schieberollstühle

## **2. Pflegehilfsmittel zur**

### **2.1 Häuslicher Bereich**

2.1.1 Badelifter

- Badewannenlifter

- Badewannenlifter mit Beinauflagefläche

- Badewannenlifter, fest montiert

2.1.2 Badewanneneinsätze

- Badewannenverkürzer

- Badeliegen (-mulden)

- Badewannensitze

- Badewannensitze mit Rückenlehne

2.1.3 Duschhilfen

- Duschsitze

- Duschhocker

- Duschstühle

2.1.4 Toilettenhilfen

- Toilettensitzerhöhungen

- Toilettensitzerhöhungen mit Armlernen

- Kinder-Toilettensitze

- Toilettenstützgestelle

2.1.5 Toilettenstühle

- Feststehende Toilettenstühle

2.1.6 Spezial-WC

- WC mit Wascheinrichtung

2.1.7 Sicherheitsgriffe

- Badewannengriff, mobil

- Badewannenaufrichthilfen, mobil

- Handgriffe zur Unterstützung beim Aufstehen- und Hinsetzen
- Handläufe zur Unterstützung bei Positionsveränderungen

#### 2.1.8 Produkte zur Hygiene im Bett

- Bettpfannen
- Urinflaschen
- Urinschiffchen
- Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar
- Urinflaschenhalter

### 2.2 Pflegebereich

#### 2.2.1 Waschsysteme

- Kopfwaschsysteme
- Ganzkörperwaschsysteme
- Duschwagen

### 2.3 Innenraum

#### 2.3.1 Toilettenrollstühle

- Starre Toilettenstühle zum Schieben
- Faltbare Toilettenstühle zum Schieben

#### 2.3.2 Duschrollstühle zum Schieben

- Duschrollstühle zum Schieben

### 3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren

#### 3.1 Häuslicher Bereich

##### 3.1.1 Hilfen z. Verlassen/Aufsuchen d. Wohnung

- Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen

##### 3.1.2 Notrufsysteme

- Hausnotrufsysteme
- Sonstige Notrufsysteme

##### 3.1.3 Bewegungshilfen (Gehhilfen)

- Gehbock
- Reziprok
- Gehgestell
- Delta Gehrad
- Rollator

### 4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

#### 4.1 Leib/Rumpf

##### 4.1.1 Sitzhilfen zur Vorbeugung

- Fellauflagen für Rollstühle; Sitzfläche
- Fellauflagen für Rollstühle; Sitz/Rückenlehnen
- Schaum- oder Weichpolstersitzkissen

##### 4.1.2 Liegehilfen zur Vorbeugung

- Fellauflagen 50 x 70 cm
- Fellauflagen 70 x 75 cm
- Fellauflagen 70 x 140 cm
- Fellauflagen 90 x 140 cm
- Schaum- oder Weichpolsterauflagen
- Schaum- oder Weichpolstermatratzen (keine Wechseldrucksysteme)

#### 4.2 Pflegebereich

##### 4.2.1 Lagerungsrollen

- Lagerungsrollen
- Lagerungshalbrollen

### 5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

#### 5.1 Harn-/Verdauungsorgane

##### 5.1.1 Saugende Vorlagen

- Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1
- Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2
- Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3

- Rechteckvorlagen, Größe 1

- Rechteckvorlagen, Größe 2

- Vorlagen

##### 5.1.2 Netzhosen für Vorlagen

- Netzhose, Größe 1

- Netzhose, Größe 2

##### 5.1.3 Saugende Windelhosen

- Windelhosen, Größe 1

- Windelhosen, Größe 2

- Windelhosen, Größe 3

##### 5.1.4 Externe Urinalableiter

- Urinal-Kondome/Rolltrichter

##### 5.1.5 Urin-Beinbeutel

- Beinbeutel mit Ablauf, unsteril

##### 5.1.6 Urin-Bettbeutel

- Bettbeutel mit Ablauf, unsteril

##### 5.1.7 Zubehör für Auffangbeutel

- Haltebänder für Urinbeutel
- Halterungen/Taschen für Urinbeutel
- Halterungen/Befestigungen für Bettbeutel
- Sonstiges Zubehör

#### 5.2 Pflegebereich

##### 5.2.1 Saugende Bettschutzeinlagen

- Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch

#### 5.3 Ohne speziellen Anwendungsort/Zusätze

##### 5.3.1 Schutzbekleidung

- Fingerlinge
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz
- Schutzschürze

##### 5.3.2 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Desinfektionsmittel

## VIII Anwartschaftsversicherungen

### Anwartschaftsbedingungen zu den Tarifen

<b>AB(K), AN(K), AC</b>	- Ambulante Heilbehandlung
<b>SB(K), GZ</b>	- Stationäre Heilbehandlung
<b>ZB(K), ZS</b>	- Zahnärztliche Heilbehandlung
<b>XL, ET</b>	- Krankheitskostenversicherung
<b>BSS</b>	- Basistarif Spezial
<b>AV, AVP</b>	- Krankheitskostenversicherung für Ärzte
<b>ZV</b>	- Krankheitskostenversicherung für Zahnärzte
<b>GE, GEP</b>	- Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung
<b>KH</b>	- Krankenhaustagegeld
<b>KB</b>	- Kurbehandlung
<b>TG</b>	- Krankentagegeld
<b>FT</b>	- Krankentagegeld für freiberuflich Tätige
<b>MT</b>	- Krankentagegeld für Ärzte und Zahnärzte
<b>BE</b>	- Ergänzung zur Beihilfe
<b>PZ</b>	- Pflegezusatzversicherung

### A. Gegenstand der Versicherung

1. Durch den Abschluß einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person einen Anspruch auf Inkraftsetzung der gewählten bzw. Fortführung der unterbrochenen Grundversicherung.

Eine Anwartschaftsversicherung kann vereinbart werden für die Dauer

- einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht
- eines Anspruchs auf Familienhilfe
- eines Anspruchs auf freie Heilfürsorge
- eines vorübergehenden längeren Auslandsaufenthaltes
- der vorübergehenden Unterbrechung eines bestehenden Krankenversicherungsschutzes aus wirtschaftlichen Gründen.

Die beiden zuletzt genannten Anwartschaftsfälle können nur für bestimmte Dauern vereinbart werden.

Nach den Tarifen TG, FT und MT kann auch für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oder die Dauer der Berufsunfähigkeit eine Anwartschaft vereinbart werden, wenn das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit beendet wird.

2. Während der Laufzeit der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer leistungsfrei. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt erst mit Wegfall der Voraussetzungen und umfaßt ohne erneute Gesundheitsprüfung alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen im Rahmen der bisherigen Grundversicherungen. Eine Leistungspflicht besteht jedoch nur, wenn die Übernahme vom Versicherungsnehmer spätestens 2 Monate nach Wegfall der Voraussetzungen beantragt wird und der Versicherungsschutz unmittelbar nach Wegfall der Voraussetzungen beginnen soll. Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten angerechnet.

3. Vom Ersten des Monats an, in dem die Anwartschaft beendet wird, sind diejenigen Beiträge zu entrichten, die für den vollen Versicherungsschutz ohne zwischenzeitliche Anwartschaft zu diesem Zeitpunkt zu entrichten wären, d.h., das ursprüngliche Eintrittsalter bleibt unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsanpassungen erhalten.

### B. Beiträge

Der Beitrag während der Anwartschaft ergibt sich für Männer, Frauen, Kinder (bis 15 Jahre) und Jugendliche (16-20 Jahre) aus dem in nachfolgender Tabelle angegebenen Anwartschaftsprozentsatz und dem jeweils für den Versicherten geltenden Beitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifs.

Bei einer Beitragsanpassung der Grundversicherung ändert sich der Anwartschaftsbeitrag entsprechend. Die Anwartschaftsbeiträge werden jeweils auf 0,01 EUR auf- bzw. abgerundet.

Ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres folgt, gilt der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe in Verbindung mit dem entsprechenden Anwartschaftsprozentsatz.

Die genannten Anwartschaftsprozentsätze gelten auch für die entsprechenden Tarife der Gruppenversicherung.

Tarif	Männer	Frauen	Kinder, Jugendl.
AB, AN (Stufen 03, 55, ... , 20)	40%	25%	5%
AB, AN (Stufe 04)	50%	30%	5%
AB, AN (Stufe 05)	55%	35%	5%
AB, AN (Stufe 06)	60%	40%	5%
AB, AN (Stufen 01, 02, 90, 80)	35%	20%	5%
ABK, ANK (Stufe 20)	20%	10%	-
AC	30%	20%	5%
SB (Stufen 1, 2, 3)	50%	40%	5%
SB (übrige Stufen)	55%	45%	5%
SBK (Stufen 320, 220)	30%	15%	-
ZB, ZS 60	10%	5%	5%
ZBK 20	10%	5%	-
ABA, SBA, ZBA	5%	5%	5%
XL	65%	55%	5%
ET 0, 1	45%	25%	5%
ET 2	50%	25%	5%
BSS	40%	25%	5%
AV (Stufen 01, 02)	40%	30%	5%
AV (Stufe 03)	45%	35%	5%
AVP	5%	5%	5%
ZV (Stufe 01)	40%	30%	5%
ZV (Stufe 02)	45%	30%	5%
ZV (Stufe 03)	45%	35%	5%
GZ (Stufe 1)	55%	35%	5%
GZ (Stufe 2)	55%	45%	5%
GE	25%	15%	5%
GEP	35%	20%	5%
BE%	20%	10%	5%
BE 1	50%	45%	5%
KB	40%	30%	5%
KH	50%	40%	5%
TG (Stufen 07, 7, 014, 14)	15%	15%	5%
TG (Stufen 021, 21, 028, 28)	20%	20%	5%
TG (Stufen 042, 42, 91, 182, 364)	25%	25%	5%
FT (Stufen 1, 01, 2, 02)	15%	15%	5%
FT (Stufen 3, 03, 4, 04)	20%	20%	5%
FT (Stufen 6, 06)	25%	25%	5%
MT (Stufen 0, 1, 01, 2, 02)	15%	15%	5%
MT (Stufen 3, 03, 4, 04)	20%	20%	5%
MT (Stufen 6, 06, 12, 26)	25%	25%	5%
PZ	90%	95%	5%

### C. Allgemeine Bedingungen

1. Sofern diese Bedingungen nichts anderes bestimmen, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarife AB(K), AN(K), AC, SB(K), GZ, ZB(K), ZS, XL, ET, BSS, AV, AVP, ZV, KB, KH, TG, FT, MT, GE, GEP, BE und PZ sowie für die entsprechenden Tarife für die Gruppenversicherung. Inzwischen mit Wirkung auch für bestehende Versicherungsverhältnisse erfolgte Änderungen werden berücksichtigt.

2. Für jedes Versicherungsjahr, in dem eine Anwartschaft besteht, entfällt jeglicher Anspruch auf Beitragsrückgewähr.

3. Wird von der Übernahme innerhalb der gesetzten Frist von zwei Monaten kein Gebrauch gemacht oder wird die Anwartschaft vorzeitig gekündigt, so kann der Versicherer die Übernahme auf die Grundversicherung von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

Eine Rückerstattung der Anwartschaftsbeiträge ist in jedem Fall ausgeschlossen.

## Anwartschaftsversicherung für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge

Grundversicherung von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

Ein Rückerstattung der Anwartschaftsbeiträge ist in jedem Fall ausgeschlossen.

### Anwartschaftsbedingungen zu den Tarifen

<b>AB, AN</b>	- Ambulante Heilbehandlung
<b>SB</b>	- Stationäre Heilbehandlung
<b>ZB</b>	- Zahnärztliche Heilbehandlung
<b>BE</b>	- Ergänzung zur Beihilfe

### A. Gegenstand der Versicherung

1. Versicherungsfähig sind alle Personen, die langfristig Anspruch auf Heilfürsorge haben (Berufssoldaten, Angehörige des Bundesgrenzschutzes sowie Polizei- und Feuerwehrbeamte entsprechend den Regelungen der einzelnen Bundesländer). Das Höchstaufnahmemealter ist 40 Jahre.
2. Durch den Abschluß einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person einen Anspruch auf Inkraftsetzung der gewählten Krankheitskosten-Tarife, die nach Wegfall der Heilfürsorge den Beihilfeanspruch ergänzen (Grundversicherung).
3. Diese Anwartschaftsversicherung kann nur für die Dauer eines Anspruches auf Heilfürsorge vereinbart werden.
4. Während der Laufzeit der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer leistungsfrei. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt erst mit dem Wegfall der Voraussetzung (Anspruch auf Heilfürsorge) und schließt ohne erneute Gesundheitsprüfung alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen im Rahmen der gewählten Grundversicherung gemäß Nr. 2 ein. Eine Leistungspflicht besteht jedoch nur, wenn die Übernahme vom Versicherungsnehmer spätestens 2 Monate nach Wegfall der Voraussetzung beantragt wird und der Versicherungsschutz unmittelbar nach Wegfall der Voraussetzung beginnen soll. Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten angerechnet.
5. Vom Ersten des Monats an, in dem die Anwartschaft beendet wird, sind diejenigen Beiträge zu entrichten, die für den vollen Versicherungsschutz ohne zwischenzeitliche Anwartschaft zu diesem Zeitpunkt zu entrichten wären, d.h., das ursprüngliche Eintrittsalter bleibt unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsanpassungen erhalten.

### B. Beiträge

Der Beitrag während der Anwartschaft ergibt sich für Männer, Frauen und Jugendliche (16-20 Jahre) aus dem in nachfolgender Tabelle angegebenen Anwartschaftsprozentsatz und dem jeweils für den Versicherten geltenden Beitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifs.

Tarif	Männer	Frauen	Jugendl.
AB, AN %	25%	15%	5%
SB %	45%	35%	5%
ZB %	5%	5%	5%
BE %	10%	10%	5%

Bei einer Beitragsanpassung der Grundversicherung ändert sich der Anwartschaftsbeitrag entsprechend. Die Anwartschaftsbeiträge werden jeweils auf 0,01 EUR auf bzw. abgerundet.

Ab Beginn des Versicherungsjahres, welches der Vollendung des 20. Lebensjahres folgt, gilt der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe in Verbindung mit dem entsprechenden Anwartschaftsprozentsatz.

### C. Allgemeine Bedingungen

1. Sofern diese Bedingungen nichts anderes bestimmen, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarife AB, AN, SB, ZB und BE. Inzwischen mit Wirkung auch für bestehende Versicherungsverhältnisse erfolgte Änderungen werden berücksichtigt.
2. Für jedes Versicherungsjahr, in dem eine Anwartschaft besteht, entfällt jeglicher Anspruch auf Beitragsrückgewähr.
3. Wird von der Übernahme innerhalb der gesetzten Frist von zwei Monaten kein Gebrauch gemacht oder wird die Anwartschaft vorzeitig gekündigt, so kann der Versicherer die Übernahme auf die

## **Anwartschaftsversicherung Tarif F für Personen mit Heilfürsorge**

Der Abschluß des Tarifs F ist nur in Verbindung mit sonstigen Tarifen der VICTORIA Krankenversicherung AG möglich.

Wenn in den folgenden Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 1994).

### **1. Personenkreis**

Versicherungsfähig sind alle Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, Höchstaufnahmearter ist 50 Jahre.

### **2. Leistungen der Gesellschaft**

Durch den Abschluß des Tarifs F erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht auf Abschluß von Krankheitskosten-Tarifen, die nach Wegfall der Heilfürsorge den Beihilfeanspruch ergänzen. Die Aufnahme in die Krankheitskosten-Tarife erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung der Anwartschaftszeit auf die tariflichen Wartezeiten. Für die Beitragsbemessung ist das Eintrittsalter maßgebend, welches zum Zeitpunkt des Wegfalls der Heilfürsorge erreicht wird. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach Tarif F besteht nicht.

### **3. Antragstellung auf Abschluß der Krankheitskosten-Tarife**

Ein entsprechender Antrag muß innerhalb von zwei Monaten nach Ausscheiden aus der Heilfürsorge gestellt werden, andernfalls wird die Aufnahme in die Krankheitskosten-Tarife von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht. Eine Rückzahlung der eingezahlten Beiträge kann nicht erfolgen.

### **4. Monatliche Beitragsraten**

im Eintrittsalter

16 bis 20 Jahre 0,84 EUR

21 bis 25 Jahre 1,02 EUR

26 bis 30 Jahre 1,25 EUR

31 bis 35 Jahre 1,48 EUR

36 bis 40 Jahre 1,79 EUR

41 bis 45 Jahre 2,12 EUR

46 bis 50 Jahre 2,53 EUR

Die Beiträge des Tarifs F lehnen sich an die Beiträge der Krankheitskosten-Tarife für Beihilfeberechtigte an. Werden diese Beiträge angepaßt, so können auch die Beiträge für den Tarif F mit Zustimmung des Treuhänders entsprechend angepaßt werden.

## IX Anhang

### Auszug aus dem VVG (Versicherungsvertragsgesetz)

#### § 5 a

(1) Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 10 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformation als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von vierzehn Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widerspricht. Satz 1 ist nicht auf Versicherungsverträge bei Pensionskassen anzuwenden, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen. § 5 bleibt unberührt.

(2) Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Unterlagen nach Absatz 1 vollständig vorliegen und der Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins schriftlich, in drucktechnisch deutlicher Form über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Abweichend von Satz 1 erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie.

(3) Gewährt der Versicherer auf besonderen Antrag des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz, so kann der Verzicht auf Überlassung der Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformation bei Vertragsschluß vereinbart werden. Die Unterlagen sind dem Versicherungsnehmer auf Anforderung, spätestens mit dem Versicherungsschein zu überlassen. Wenn der Versicherungsvertrag sofortigen Versicherungsschutz gewährt, hat der Versicherungsnehmer insoweit kein Widerspruchsrecht nach Absatz 1.

#### § 6 Obliegenheitsverletzung

(1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

#### § 11 Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers

(1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Ab-

schlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

(3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

#### § 16 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrage zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

#### § 17 Unrichtige Anzeige

(1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

#### § 20 Rücktritt des Versicherers

(1) Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfanges an zu verzinsen.

#### § 21 Leistungspflicht trotz Rücktritts

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

#### § 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrage zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

#### § 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein, und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist

dergestalt erfolgen, daß sie mit wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in Abs. 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

#### **§ 40 Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses**

(1) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefahrerhöhung auf Grund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefahrerhöhung oder von dem Anfechtungsgrunde Kenntnis erlangt hat. Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode. Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(3) Endigt das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.

#### **§ 67 Gesetzlicher Forderungsübergang**

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

#### **§ 178 h**

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

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

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, daß bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten

anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von einem Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

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

## **Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)**

### **Elftes Buch (XI) Gesetz zur sozialen Absicherung der Pflegebedürftigkeit [SGB XI]**

#### **§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung**

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld oder Altersübergangsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz beziehen,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Alten-teiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für Behinderte für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an beruflfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeiterprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. Behinderte, die in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. Behinderte, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil

eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, daß eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen.

#### **§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen**

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,

wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

#### **§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht**

(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen

wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

#### **§ 25 Familienversicherung**

(1) Versichert sind der Ehegatte und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gilt entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus.
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Beitragsbemessungsgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht mehr als drei Tage Wehrdienst oder Zivildienst leisten oder die im Rahmen einer besonderen Auslandsverwendung im Sinne des Soldatengesetzes freiwillig Wehrdienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

#### **§ 30 Dynamisierung**

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Leistungen sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen im Rahmen des geltenden Beitragssatzes (§ 55 Abs. 1) und der sich daraus ergebenden Einnahmeentwicklung anzupassen.

#### **§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze**

(1) Der Beitragssatz beträgt in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1996 bundeseinheitlich 1 vom Hundert, in der Zeit ab 1. Juli 1996 bundeseinheitlich 1,7 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Die Beitragsbemessungsgrenze beträgt 75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten.

#### **§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen**

(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse einen Vertrag mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit und solange eine Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemein



schaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, daß die Pflegekräfte mit Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

### **§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen**

(1) Zugelassene Pflegeheime und Pflegedienste erhalten nach Maßgabe dieses Kapitels

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie
2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.

Die Pflegevergütung umfaßt bei stationärer Pflege auch die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung; sie ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt.

(4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(5) Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse) sind von der Pflegevergütung abzuziehen.

### **§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung**

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des

Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muß einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind der Träger des Pflegedienstes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie
2. der für den Sitz des Pflegedienstes nach Landesrecht zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen.

(3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. § 84 Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

### **§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen**

(1) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

### **§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung**

(1) Um sicherzustellen, daß die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluß eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und daß die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
  - a) keinen Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
  - b) keinen Ausschluß bereits pflegebedürftiger Personen,
  - c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
  - d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,

e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbetrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,

f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen wie in § 25 festgelegt,

g) für Ehegatten ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet, vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
  2. kein Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
  3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
  4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
  5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
  6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.
- (4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

## **Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V]**

### **§ 37 Häusliche Krankenpflege**

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 2 bestimmen.

Leistungen nach den Sätzen 2 und 3 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

## **Sechstes Buch (VI) Gesetzliche Rentenversicherung [SGB VI]**

### **§ 3 Sonstige Versicherte**

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56).
  - 1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,
  2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht mehr als drei Tage Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
  3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren,
  4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der Pflege Tätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 13a des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen berufsfördernder Maßnahmen zur Rehabilitation mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

### **§ 141 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen**

(1) Die Bundesknappschaft führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer selbständigen Tätigkeit,
  2. einer Kindererziehung,
  3. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
  4. eines Bezugs von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld,
  5. einer Versicherungspflicht auf Antrag,
  6. einer freiwilligen Versicherung,
  7. einer Übertragung von Rentenanwartschaften aufgrund eines Versorgungsausgleichs
- oder**
8. einer nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit

bei ihr versichert sind, so durch, als ob sie insoweit in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten versichert wären. Dies gilt auch für Leistungen aufgrund dieser Versicherung.

(2) Absatz 1 ist für Personen nicht anzuwenden, die im letzten Jahr vor Beginn der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 genannten Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

## § 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 80 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die eine Verdienstausfallentschädigung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrundeliegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen das Arbeitsentgelt, oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitation ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 des Elften Buches)

a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,

b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,

c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird.

2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 des Elften Buches)

a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,

b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,

3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 des Elften Buches)

26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwertes der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht.

## § 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr oder Zivildienstleistenden, Beziehern von Arbeitslosenhilfe und für Kindererziehungszeiten vom Bund

2. bei Personen, die

a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 325 Euro (ab 01.04.2003 400 Euro) nicht übersteigt,

b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,

3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,

4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen von den antragstellenden Stellen,

5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst

6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen

a) in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,

b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander

(2) Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind

## Auszug aus dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)

### Artikel 41

#### Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Personen, für die nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ausüben.

## Auszug aus dem Einkommensteuergesetz 1990

### § 18 Selbständige Arbeit

(1) Einkünfte aus selbständiger Arbeit sind

1. Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit. Zu der freiberuflichen Tätigkeit gehören die selbständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit, die selbständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratenden Volks- und Betriebswirte, vereidigten Buchprüfer (vereidigten Bücherrevisoren), Steuerbevollmächtigten, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnliche Berufe. Ein Angehöriger eines freien Berufs im Sinne der Sätze 1 und 2 ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient; Voraussetzung ist, daß er auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Eine Vertretung im Fall vorübergehender Verhinderung steht der Annahme einer leitenden und eigenverantwortlichen Tätigkeit nicht entgegen.