

Versicherungsbedingungen

für die Kranken- und Pflegeversicherung



 **uniVersa**
Krankenversicherung a. G.

seit 1843

Nummer für die Empfangs-
bestätigung im Antrag:
315-700
01.2010

Verbraucherinformation

Die Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Straße 1-7 in 90489 Nürnberg (eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichtes Nürnberg unter der Handelsregisternummer HRB 540). Sie hat die Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG).

Unsere ladungsfähige Anschrift

Die ladungsfähige Anschrift der uniVersa Krankenversicherung a.G. lautet wie folgt:

uniVersa Krankenversicherung a.G., gesetzlich vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch die Vorstandsmitglieder Gerhard Glatz und Michael Baulig, Sulzbacher Str. 1-7, 90489 Nürnberg.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit liegt – als Deutschlands älteste private Krankenversicherung – in der Absicherung von Krankheits- und Pflege Risiken. Mehr als 160 Jahre Erfahrung sowie eine kontinuierliche und qualitativ orientierte Geschäftspolitik zeichnen uns aus.

Sicherungsfonds in der privaten Krankenversicherung

Zur Absicherung der Ansprüche aus Ihrem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist.

Im Sicherungsfall würde die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. gehört diesem Sicherungsfonds zu Ihrem Schutz an.

Zustandekommen des Vertrages

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung gestellt, kommt der Vertrag durch ausdrückliche Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Erfolgt eine solche nicht, kommt der Vertrag durch Übersendung des Versicherungsscheines zustande.

Haben wir Ihnen ein verbindliches Angebot auf Abschluss einer Versicherung unterbreitet, kommt der angebotene Versicherungsvertrag mit Zugang Ihrer schriftlichen fristgerechten Annahmeerklärung bei uns zustande.

Ihr Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bestehen eines Widerrufsrechts

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: uniVersa Krankenversicherung a.G., Sulzbacher Str. 1 – 7, 90489 Nürnberg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0911/ 5307-1788. Ein Widerruf per E-Mail ist an folgende E-Mail-Adresse zu senden: info@universa.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich je nach Zahlungsweise bei einem monatlichen Beitrag um 1/30, bei einem vierteljährlichen Beitrag um 1/90, bei einem halbjährigen Beitrag um 1/180 und bei einem jährlichen Beitrag um 1/360 des im Versicherungsschein genannten Beitrags pro Tag.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Anwendbares Recht

Zwischen Ihnen als unserem Kunden und unserer Gesellschaft findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung, insbesondere die Vorschriften des VVG (Versicherungsvertragsgesetz), VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) sowie des BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

Ihre Möglichkeiten im Beschwerdefall

Sollten Sie eine Beschwerde haben, können Sie sich jederzeit direkt an unser Beschwerdemanagement wenden. Wir prüfen gerne Ihr Anliegen und sind überzeugt, im Falle eines Problems auch eine sinnvolle Lösung zu finden.

Die Anschrift lautet:
uniVersa Krankenversicherung a.G.
PVV-Beschwerdemanagement
90333 Nürnberg

Eine Beschwerde per E-Mail ist ebenfalls unter folgender Adresse möglich: beschwerde@universa.de

Sie können außerdem ein kostenloses, außergerichtliches Streitlichungsverfahren in Anspruch nehmen. Zuständig ist der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Ihre Möglichkeit einer Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Eine weitere Möglichkeit zur Beschwerde bietet die „Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn“.

Hinweise zur Beitragsentwicklung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland zählt zu den besten der Welt. Eine gute medizinische Versorgung hat natürlich – wie alle anderen wünschenswerten Güter und Dienstleistungen – ihren Preis. Der hohe Qualitätsstandard und der Fortschritt auf dem Gebiet der Medizintechnik sind wesentliche Gründe dafür, dass die Ausgaben für Gesundheit und damit die Krankenversicherungsbeiträge in den vergangenen Jahren stärker angestiegen sind als die allgemeinen Lebenshaltungskosten.

Maßnahmen zur Beitragsbegrenzung im Alter

Überschussbeteiligung

Um hohe Beitragssteigerungen aufgrund von notwendig gewordenen Beitragsanpassungen speziell für ältere Versicherte zu vermeiden, hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, dass 90 % der auf die Alterungsrückstellung entfallenden Zinsüberschüsse in der Krankheitskostenversicherung ausschließlich zur Stabilisierung der Beiträge im Alter verwendet werden.

Gesetzlicher Altersentlastungszuschlag (AZ)

Mit Inkrafttreten der Gesundheitsstrukturreform 2000 wurde gesetzlich festgelegt, dass Personen vom vollendeten 21. bis 60. Lebensjahr für Krankheitskostentarife, die den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzen, ab dem 01.01.2000 einen gesetzlichen Altersentlastungszuschlag in Höhe von 10 % des jeweiligen Tarifbeitrages zu zahlen haben. Für Krankentagegeldversicherungen und Pflegepflichtversicherungen wird kein Zuschlag erhoben. Der gesetzliche Altersentlastungszuschlag wird in voller Höhe zum Aufbau einer zusätzlichen Alterungsrückstellung verwendet, die ab dem vollendeten 65. Lebensjahr zur Verstetigung des Beitrags eingesetzt wird. Bereits vor dem 01.01.2000 versicherte Personen konnten sich freiwillig für eine Zuschlagszahlung entscheiden.

Tarifwechselrecht

Das Tarifwechselrecht nach § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) ist ein gesetzlich verankertes Mittel zur Beitragsreduzierung. Sie haben das Recht, in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der bisher erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellungen zu wechseln.

Durch das einzigartige Tarifwechselrecht der uniVersa Krankenversicherung bieten wir Ihnen die Möglichkeit, auch in Zukunft Ihr Preis-Leistungsverhältnis jederzeit zu optimieren. Durch die Umstellungsmöglichkeiten in andere Tarife und Tarifgenerationen bzw. durch Erhöhung von Selbstbehalten können Sie auch im Alter Ihren Beitrag begrenzen.

Basistarif / Standardtarif

Die uniVersa Krankenversicherung bietet den brancheneinheitlichen Basistarif sowie den brancheneinheitlichen Standardtarif an. Dieser Grundschutz ist auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Der Beitrag entspricht maximal dem Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung.

In den Basistarif können versicherte Personen dann wechseln, wenn der Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung bei der uniVersa ab dem 01.01.2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat. Unter bestimmten Voraussetzungen können

auch Personen unter 55 Jahren in den Basistarif wechseln, wenn sie z.B. eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder hilfebedürftig sind. Bei Hilfebedürftigkeit kann der Beitrag im Basistarif halbiert werden.

In den Standardtarif können Personen wechseln, die bereits vor dem 01.01.2009 eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen haben, sobald sie das 65. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einer substitutiven Krankenversicherung verfügen.

Außerdem können Personen ab dem 55. Lebensjahr in den Standardtarif wechseln, sofern eine 10-jährige Vorversicherungszeit in einer Krankheitskostenvollversicherung besteht und das Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. Versicherte, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben sowie Ruhegehaltsempfänger können unabhängig vom Alter in den Standardtarif wechseln, wenn sie ebenfalls seit mindestens 10 Jahren ununterbrochen privat vollversichert sind und ihr Gesamteinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. Darüber hinaus kann der Beitrag für Ehepartner auf 150 % des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt werden, sofern das Gesamteinkommen der Ehepartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet.

Die Entscheidung für den Basistarif bzw. den Standardtarif sollte jedoch nur in bestimmten Ausnahmefällen getroffen werden.

Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung

Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung

Die Höhe des Beitrages richtet sich in der privaten Krankenversicherung nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss, sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist unter Beachtung einer eventuellen Mindestvertragsdauer in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die privaten Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

- Bereich Versicherungen -
gemäß § 10a Abs. 3 VAG

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozent des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten

Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.*¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

*¹) Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelung.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung	5	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung	65
Der Versicherungsschutz	5	Tarif KT	71
Pflichten des Versicherungsnehmers	8	Tarif KTM	71
Ende der Versicherung	9	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung für Freiberufler	72
Sonstige Bestimmungen	10		
Tarifbeschreibungen:		Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung	81
Tarif A	12	Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB	89
Tarif ZA	14	Pflegehilfsmittelverzeichnis	91
Tarif ST	15	Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten	93
Tarif BZ	16		
Tarif AM	18	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pfl egetagegeldversicherung	95
Tarif ZAM	20	Tarif PT	99
Tarif STM	21	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegeergänzungsversicherung	100
Tarif VE	22	Tarif PT-Premium	105
Tarif VF	26	Tarif PT-Komfort	106
Tarif intro Privat	29		
Tarif intro Privat-Spezial	34	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif OPTI 2008	111
Tarif ZZ-Spezial	38	Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif AWG	115
Tarif ZF-Spezial	39	Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung (BB AWW)	118
		Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung	119
Tarif EZ	41	Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BB AE)	120
Tarif GZplus	45	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif RD 2003 (AVB/RD 2003)	122
Tarif GZ	48		
Tarif dent Privat	49	Auszug aus dem:	
Tarif dent Komfort	51	Versicherungsvertragsgesetz (VVG),	
Tarif SZ	52	Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG),	
Tarif SZII	52	Lebenspartnerschaftsgesetz,	
Tarif KSKT	53	Bundesversorgungsgesetz (BVG),	
Tarif KU	55	Sozialgesetzbuch (SGB),	
Tarif EZ-E	55	Pflegezeitgesetz (PflegeZG),	
Tarif GZ-E	60	Kalkulationsverordnung (KalV),	
Tarif SZII-E	61	Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG),	
Tarif SZ-E	63	Einkommensteuergesetz (EStG),	
		Mutterschaftsgesetz (MuSchG)	127
		Merkblatt zur Datenverarbeitung	146

**Krankheitskosten- und
Krankenhaustagegeldversicherung**

Vollversicherung

Zusatzversicherung

Krankentagegeldversicherung

Krankentagegeld

**Private Pflegepflichtversicherung
Pflegehilfsmittelverzeichnis
Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und
Berufsfachschüler sowie Praktikanten**

Pflegeversicherung

**Pflegertagegeldversicherung
Pflegeergänzungsversicherung**

Pflegertagegeld-
versicherung

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif OPTI 2008
Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif AWG
Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung (BB AWW)
Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung
in der privaten Pflegepflichtversicherung
Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BB AE)
Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif RD 2003 (AVB/RD 2003)**

spezielle Versicherungen

**Gesetzestexte
Merkblatt zur Datenverarbeitung**

Gesetzestexte

Vollversicherung

**Krankheitskosten- und
Krankenhaustagegeldversicherung**

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

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

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen 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 hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, so lange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(4.1) Abweichend von § 1 (4) und § 15 (3) besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz

- entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt,

- oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen.

(4.2) Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer gemäß § 1 (4.1) hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(4.3) Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50 % der tariflichen Leistungen erhalten.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort,

dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in andere Tarife mit gleichartigem 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.

(6.1) Zu den erworbenen Rechten gemäß § 1 (6) gehört auch die Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss aufgrund des vom Versicherer überprüften Gesundheitszustandes (Risikograd) der versicherten Person. Diese Einstufung darf der Versicherer bei einer Umwandlung in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers unter Hinweis auf eine etwaige im Zieltarif andere Bewertung oder Bewertungsmethode des bei Vertragsbeginn festgestellten Risikogrades ändern.

(6.2) War bei einer Tarifumwandlung nach § 1 (6) für den bisherigen Tarif kein Risikozuschlag vereinbart, ist auch im neuen Tarif, vorbehaltlich der Regelung gemäß § 1 (6.3) kein Risikozuschlag zu bezahlen. War jedoch für den bisherigen Tarif bereits ein Risikozuschlag vereinbart, wird er im neuen Tarif gemäß § 8 a (3) angepasst.

(6.3) Das Recht des Versicherers, bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz nach § 1 (6) Satz 4 für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen zu können bleibt unberührt. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(1.1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

(1.2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern, wird ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung geleistet, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Anzeige aller im Antrag fragten Umstände bleibt hiervon unberührt.

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

(2.1) Wird ein Kind gemäß § 2 (2) im gleichen Tarif eines versicherten Elternteils mitversichert, beginnt der Versicherungsschutz auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine nied-

rigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

(2.2) Wird ein Kind gemäß § 2 (2) mitversichert, so besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

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

(4) Sonderregelung für Beihilfeberechtigte:
Vermindert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfeanspruch 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 der Sätze 1 und 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruches ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum jeweils Ersten der folgenden fünf Monate wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruches sind anzugeben und auf Veranlassung des Versicherers nachzuweisen.

(5) § 2 (4) gilt sinngemäß, wenn sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfeanspruch erhöht.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz 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.

(3.1) Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.

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

(4.1) Die allgemeine Wartezeit sowie die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Entbindung und Psychotherapie können in allen Tarifen erlassen werden, wenn ein ärztliches bzw. zahnärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen auf einem Vordruck der uniVersa Krankenversicherung a. G. vorgelegt wird.

(4.2) Bei Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur uniVersa wechseln, können die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten erlassen werden, wenn bestimmte, im Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung genannte Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abwechslung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss

beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(1.1) Sofern der Tarif eine jährliche Selbstbeteiligung vorsieht, wird diese je versicherte Person von den erstattungsfähigen Kosten berechnet. Auch bei Vorleistung durch eine gesetzliche Krankenkasse oder Ersatzkasse ist diese Selbstbeteiligung vom Versicherungsnehmer in voller Höhe zu tragen.

Beginnt der Vertrag in der zweiten Hälfte eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Selbstbeteiligung um die Hälfte.

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

(2.1) Zur ambulanten Heilbehandlung gehören auch die Behandlungen in der Ambulanz eines Krankenhauses, das die Voraussetzungen nach § 4 (4) erfüllt, sowie das ambulante Operieren. Nicht zur ambulanten Heilbehandlung gehören die teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Behandlung.

(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.

(4.1) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette. Bei stationärer Heilbehandlung in anderen Einrichtungen der Bundeswehr oder sonstiger kasernierter Einheiten (Sanitätsbereich, Revier oder dgl.) wird die Hälfte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

(4.2) In Tarifen mit Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern erstreckt sich der Versicherungsschutz auf vollstationäre Behandlungen. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, besteht für teilstationäre sowie für vor- und nachstationäre Behandlungen keine Leistungspflicht.

(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.

(5.1) Abweichend von § 4 (5) kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder

b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder

c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

(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) Für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gelten die Bestimmun-

gen der Satzung.

Danach darf die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nur zur Ausschüttung an die Mitglieder verwendet werden. Als Form der Ausschüttung kann die Mitgliedervertretung wählen:

- Auszahlung an die Mitglieder
- Beitragsgutschrift
- Leistungserhöhung
- Beitragssenkung
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

Die Mitgliedervertretung bestimmt, für welche Tarife und in welcher Höhe die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird, sowie nach welchen Bemessungsgrundsätzen.

§ 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;

(1.1) Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

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

(1.2) Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von § 5 (3) geleistet.

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

(1.3) Leistungspflicht besteht für künstliche oder extrakorporale Befruchtung, wenn eine organbedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt und die Befruchtung nach objektiver medizinischer Feststellung das einzige Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist. Erstattungsfähig sind bei begründeter Erfolgsaussicht die Aufwendungen für bis zu fünf Behandlungen.

- 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;

(1.4) Abweichend von § 5 (1) e) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

- f) entfallen

- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

(1.1) Die Nachweise sind in Urschrift vorzulegen. Sie müssen den Namen der behandelten Person und die klinische Bezeichnung der behandelten Krankheit enthalten.

Bei Kostenbeteiligung eines anderen Versicherers genügt die Vorlage von Zweitschriften der Nachweise mit Erstattungsvermerk.

(1.2) Auf den Nachweisen müssen außerdem, wenn Kostenersatz beansprucht wird, die einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten, bei Krankenhausbehandlung die Art der Unterbringung und, wenn Krankenhausstagegeld beansprucht wird, der Aufnahme- und Entlassungstag angegeben sein.

(1.3) Nachweise in Fremdsprache sind auf Verlangen des Versicherers auf Kosten des Anspruchsstellers zu übersetzen.

(1.4) Aufwendungen für Arznei- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Nachweise zusammen mit denjenigen des Behandlers vorgelegt werden.

(1.5) Kosten gelten an dem Tag als entstanden, an dem die Heilbehandlung ausgeführt worden ist, bzw. die Arzneien, die Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

(2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(3.1) Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

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

(4.1) Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand. Der versicherten Person bleibt in jedem Fall vorbehalten, durch Bankbeleg nachzuweisen, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

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

(5.1) Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbegins fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

(1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 (2) bzw. adoptierten Kindern gemäß § 2 (3) ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

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

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

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

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

- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheini-

gung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beibehaltungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (s. Anhang) fortgesetzt.

- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

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

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

- (8.1) Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich einer betroffenen versicherten Person aufgrund einer Kündigung nach § 13 (3) nicht zum Letzen eines Monats, verzichtet der Versicherer auf den Beitrag dieses Monats.

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

§ 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.

(1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbegins.

(1.2) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 (4) geregelt.

(1.3) Beitragszuschläge für erhöhte Risiken und für Aufenthalte außerhalb Europas können vereinbart werden.

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltergruppe) 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 Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Altersrückstellung zu bilden ist.

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

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

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese

Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(1.1) Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent. In den Tarifen VE, EZ, EZ-E und der Tarifstufe A 1360 ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent.

(1.2) In Krankenhauskostentariifen wird jeweils geprüft, ob und inwieweit eine Anpassung des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes erforderlich ist.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

(1.1) Auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet; § 4 (5) bleibt unberührt.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(1.1) Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

(1.2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

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

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

(3.1) Zur Beitragszahlung bei Kündigungen gemäß § 13 (3) siehe § 8 (8.1)

(3.2) Anstelle der Kündigung gemäß § 13 (3) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen vorübergehend im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer schriftlich geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab dem Ersten des Monats, der auf die Vorlage des Nachweises beim Versicherer folgt.

(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 Altersrückstellung 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.

(4.1) Abweichend von § 13 (4) kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages gemäß § 8 a (1.2) das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

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

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – s. Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (s. Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(8.1) § 13 (8) Satz 2 findet insoweit keine Anwendung, wenn die versicherte Person einer vor dem 01.01.2009 abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31.12.2008 in Tarife gewechselt ist, für die ein Übertragungswert aufgebaut wird.

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

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

(10.1) Abweichend von § 13 (10) ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (s. Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach 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.

(2.1) Der Versicherer verzichtet auch auf das ordentliche Kündigungsrecht für eine Krankheitskosten-Teilversicherung.

(2.2) Abweichend von § 14 (2) kann der Versicherer frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer (§ 13 Abs. 1.1) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(3.1) Das Anrecht auf eine Fortführung als Anwartschaftsversicherung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt der Verlegung beim Versicherer schriftlich geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab Beginn des der Geltendmachung folgenden Monats.

(4) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

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

- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a – 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder – vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Tarif A für ambulante Heilbehandlung

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

1.1 Erstattet werden Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe durch Ärzte,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung (Röntgen, Radium, Isotopen),
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe durch Hebammen,
- Vorsorgemaßnahmen bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen.
- Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
 - Brillen,
 - Bruchbänder,
 - Bandagen,
 - Einlagen,
 - Leibbinden und
 - Kompressionsstrümpfe.
- größere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.
Das sind:
 - orthopädische Schuhe,
 - Hörhilfen (elektronische Hörgeräte),
 - Heimdialysegeräte bei Nierenversagen,
 - Körperersatzstücke,
 - Krankenfahrstühle, z. B. bei Querschnittslähmung,
 - elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
 - Blindenhund,
 - Haarerersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
 - Kontaktlinsen,
 - Gehapparate,
 - Gehstützen und
 - Stützapparate einschließlich Liegeschalen.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

- Instandsetzung von Hilfsmitteln,
- Heilmittel;
zu den Heilmitteln gehören insbesondere:
 - Massagen,
 - medizinische Bäder und Packungen,
 - Licht-, Radium-, Infrarot-, Kurzwellen-Bestrahlungen,
 - Diathermie.

1.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Be-

darfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen, Blutdruckmessgeräte und dergleichen,

- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus, die Beseitigung von Schönheitsfehlern.

2 Tarifstufen / Höhe der Leistungen

2.1 Erstattungsprozentsätze und kalenderjährliche Selbstbeteiligung

Tarifstufen	Erstattung	Selbstbeteiligung je Kalenderjahr
Tarif A 100	100 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif A 155	100 %	155 EUR
Tarif A 310	100 %	310 EUR
Tarif A 360 K	100 % / 80 % (siehe 2.2)	360 EUR
Tarif A 620	100 %	620 EUR
Tarif A 1360	100 %	1.360 EUR
Tarif A 80	Die Aufwendungen für alle Behandlungen in einem Kalenderjahr werden bis zum Rechnungsbetrag von 2.500 EUR mit 80 %, darüber hinaus mit 100 % erstattet.	

Tarifstufen	Erstattung
Tarif A 50	50 %
Tarif A 45	45 %
Tarif A 40	40 %
Tarif A 35	35 %
Tarif A 30	30 %
Tarif A 25	25 %
Tarif A 20	20 %
Tarif A 20R	20 %

2.2 Leistungsbesonderheiten der Tarifstufe A 360 K

Es gelten die in 1 beschriebenen Leistungen des Versicherers, soweit nachstehend nichts anderes geregelt ist.

2.2.1 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- a) 100 % für Untersuchung, Behandlung, Geburtshilfe, Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte, Blutdialyse, Strahlenbehandlung und Wegegeld gemäß 1.1, wenn die (Erst-)Behandlung in Deutschland durch einen
- Facharzt für Allgemeinmedizin, sofern er keine weitere Facharztbezeichnung führt,
 - praktischen Arzt ohne Facharztbezeichnung,
 - Augenarzt,
 - Frauenarzt,
 - Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung (z. B. Kinderkardiologie, Neonatologie),
 - Notarzt,
 - Bereitschaftsarzt

erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch Vorlage der Erstbehandlungsrechnung zu belegen. Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung hervorgehen, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- bzw. Bereitschaftsdienstes handelt.

- b) 80 % für Untersuchung, Behandlung, Geburtshilfe, Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte, Blutdialyse, Strahlenbehandlung und Wegegeld gemäß 1.1, wenn die Erstbehandlung nicht durch einen der in 2.2.1 a) genannten Ärzte erfolgt sowie bei ärztlicher Heilbehandlung im europäischen und außereuropäischen Ausland.
- c) 80 % für Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte, unabhängig davon, welcher Arzt die Erstbehandlung durchführt.
- d) 100 % für Notfalltransporte gemäß 1.1.
- e) 80 % für Arzneien und Verbandmittel bis zu einer Höhe von 2.000 EUR je Person und Kalenderjahr und zu
- 100 % für darüber hinaus gehende Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel.
- 100 % für Arzneimittel, die im Versandhandel (z. B. bei elektronischer Bestellung im Internet) aus einer Apotheke (Versandapotheke) bezogen werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherte dem Bezug der Arzneimittel über die Versandapotheke schriftlich zugestimmt hat und dass der Arzneimittelversand nach den gesetzlichen Vorschriften zulässig ist, insbesondere die Apotheke die Berechtigung zum Versand von Arzneimitteln hat.
- Versand- und Verpackungskosten für Arzneimittel gehören nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.
- f) 80 % für Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker.
- g) 100 % für Geburtshilfe durch Hebammen.
- h) 100 % für Vorsorgemaßnahmen gemäß 1.1.
- i) 100 % für „kleinere Hilfsmittel“ gemäß 1.1 mit Ausnahme von Brillen.
- j) 100 % für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) einschließlich
- Refraktionsbestimmung (Bestimmung der Lichtbrechung des Auges, Sehleistung) durch Augenoptiker und
 - Maßnahmen der refraktiven Chirurgie (Operation der Augen zur Korrektur von Fehlsichtigkeiten, z. B. mittels Laser)
- zusammen bis zu 360 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren.
- k) 100 % für „größere Hilfsmittel“ gemäß 1.1 (mit Ausnahme von Kontaktlinsen), sofern die Anschaffungskosten für das Hilfsmittel 180 EUR nicht überschreiten.
- 100 % für „größere Hilfsmittel“ gemäß 1.1 (mit Ausnahme von Kontaktlinsen), wenn das Hilfsmittel, dessen Anschaffungskosten 180 EUR übersteigen,
- über einen Vertragspartner der uniVersa gekauft wird,
 - nicht über einen Vertragspartner der uniVersa gekauft wird, die uniVersa jedoch vor dem Kauf aufgrund eines Kostenvoranschlages schriftlich zugestimmt hat,
 - vom Hersteller oder vom Fachhandel (Sanitätshaus, Medizintechnik o. ä.) gemietet wird,
- und zu
- 80 % wenn das Hilfsmittel auf andere Weise beschafft wird.
- 100 % für die Instandsetzung von Hilfsmitteln.
- l) 100 % für Heilmittel bis zu einer Höhe von insgesamt 360 EUR je Person und Kalenderjahr und zu

80 % für darüber hinaus gehende Aufwendungen für Heilmittel.

2.2.2 Kalenderjahres-Regelung

Bei den in dieser Tarifstufe nach Kalenderjahren vorgesehenen Höchstsätzen gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. des gleichen Jahres als erstes Kalenderjahr.

Beginnt die Tarifstufe nicht am 1. Januar eines Jahres wird der Betrag nach 2.2.1 e) für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

2.2.3 Selbstbeteiligung

Abweichend von § 4 (1.1) Satz 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, wird in der Tarifstufe A 360 K zunächst ein Ersatzbetrag gemäß 2.2.1 berechnet und anschließend die kalenderjährliche Selbstbeteiligung von diesem Ersatzbetrag abgezogen.

2.2.4 GKV-WSG

Die tarifliche Eigenleistung gemäß 2.1, 2.2.1 b), c), e), f), k) und l) ist in der Tarifstufe A 360 K je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

3 Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen gelten nur, wenn sie besonders vereinbart und im Versicherungsschein beurkundet sind.

a) Die Tarifbeiträge ermäßigen sich um 40 %, wenn auf Leistungen für ärztliche Honorare verzichtet wird.

b) Die Tarifbeiträge ermäßigen sich um 15 %, wenn auf Leistungen für Arznei- und Verbandmittel verzichtet wird.

Ändern sich Tarifbeiträge, so ändern sich die ermäßigten Beiträge entsprechend.

Die vereinbarten Beitragsnachlässe können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. § 8b, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, gilt entsprechend.

4 Versicherungsfähigkeit in der Tarifkombination A30 + A 20R

4.1 Die Tarifstufe A 20R kann für eine versicherte Person nur zusammen mit der Tarifstufe A 30 bestehen.

4.2 Die Wahl der Tarifkombination A30 + A20R setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte vorher bereits bekannt sein, dass diese Voraussetzung nicht eintritt, ist stattdessen die Tarifstufe A 50 zu wählen.

4.3 Solange der Beihilfebemessungssatz 50 % beträgt – längstens jedoch bis zum vollendeten 65. Lebensjahr der versicherten Person –, beträgt der prozentuale Erstattungssatz nach der Tarifkombination A 30 + A 20R 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % reduziert sich der Erstattungssatz durch Umstellung in die Tarifstufe A 30 auf 30 % unter Anrechnung der erworbenen Rechte.

4.4 Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe A 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 A 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen, wobei sich dann ein höherer Beitrag ergibt.

Ergänzungstarif ZA

für Zahnbehandlung und Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)
und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Der Abschluss des Ergänzungstarifes ZA setzt voraus, dass beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).
- 1.2 Fällt ein Grundtarif fort, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Ergänzungstarif ZA.

Der Erstattungsprozentsatz im Ergänzungstarif ZA darf nicht höher sein als im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung. Bei Herabsetzung des Erstattungsprozentsatzes im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung wird zum selben Zeitpunkt auch die Stufe des Tarifes ZA entsprechend herabgesetzt.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz durch Ersatz der Kosten einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten für

2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen, sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

2.1.3 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

2.1.4 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Dazu gehören auch alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

2.1.5 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

2.2 Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

2.3 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen) wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	Erstattung
Tarif ZA 100	100 % vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Zahn- und Kieferregulierung, 80 % Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
Tarif ZA 80	80 %
Tarif ZA 90	90 % vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Zahn- und Kieferregulierung, 60 % Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
Tarif ZA 50	50 %
Tarif ZA 45	45 %
Tarif ZA 40	40 %
Tarif ZA 35	35 %
Tarif ZA 30	30 %
Tarif ZA 25	25 %
Tarif ZA 20	20 %

Tarif ST für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe und dem gewählten %-Satz.

1.1 Kostenerstattung

Erstattungsfähig sind

- a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz und gesondert berechenbare Belegarzthonorare,
- b) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,
- c) Arzthonorare,
- d) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

Zu den erstattungsfähigen Kosten zu a) und b) gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere), Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke,
- Behandlungen in der Intensivstation,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V.

Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten diese Kosten als für die Mutter entstanden, wenn für das Kind keine eigene Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer besteht. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen der Tarifstufe ST 1 für die „1. Klasse“, der Tarifstufe ST 2 für die „2. Klasse“ und der Tarifstufe ST 3 für die „3. Klasse“.

1.1.1 Kostenerstattung aus Tarifstufe ST 1

Aus Tarifstufe ST 1 sind alle Kosten gemäß 1.1 erstattungsfähig.

1.1.2 Kostenerstattung aus Tarifstufe ST 2

Bei Unterbringung im Zweibett- oder Mehrbettzimmer sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung sind alle Kosten gemäß 1.1 erstattungsfähig. Bei Unterbringung im Einbettzimmer werden für die Kostenerstattung gemäß 1.1 b die Kosten zugrunde gelegt, die bei Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Die Kosten gemäß 1.1 a, 1.1 c und 1.1 d bleiben auch bei Aufenthalt im Einbettzimmer voll erstattungsfähig.

1.1.3 Kostenerstattung aus Tarifstufe ST 3

Bei der Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen für gesondert berechenbare Unterkunft gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung sind alle Kosten gemäß 1.1 a und 1.1 d erstattungsfähig; nicht jedoch Kosten nach 1.1 b und 1.1 c.

Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen für gesondert berechenbare Unterkunft gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz werden die Kosten nach 1.1 a, 1.1 b und 1.1 c bei Unterbringung im Einbettzimmer zur Hälfte und bei Unterbringung im Zweibettzimmer mit zwei Dritteln erstattet.

Die Kosten gemäß 1.1 d sind auch bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung voll erstattungsfähig.

1.2 Krankenhaustagegeld neben oder anstelle von Kostenerstattung gem. 1.1

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht neben oder anstelle von Kostenerstattung gemäß 1.1 Anspruch auf die nachstehenden Krankenhaustagegelder für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung.

		aus Tarifstufe ST1/100	aus Tarifstufe ST 2/100
		EUR	EUR
1.2.1	Bei vollstationärer Unterbringung im Einbettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung)	60,-	
1.2.2	Bei vollstationärer Unterbringung im Zweibettzimmer mit gesonderter Berechnung der ärztlichen Leistungen	30,-	
1.2.3	Bei vollstationärer Unterbringung im Zweibettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung)	90,-	60,-
1.2.4	Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer mit gesonderter Berechnung der ärztlichen Leistungen	60,-	30,-
1.2.5	Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung)	120,-	90,-

1.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung gemäß 1.1 zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld aus der

Tarifstufe ST 1/100 = 245,- EUR
 Tarifstufe ST 2/100 = 215,- EUR
 Tarifstufe ST 3/100 = 125,- EUR

1.4 Krankenhaustagegelder bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen

Bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen werden die Krankenhaustagegeldleistungen gemäß 1.2 und 1.3 entsprechend dem Erstattungsprozentsatz gekürzt und auf volle EUR aufgerundet.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	Einbettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif ST1/100	100 %
Tarif ST1/50	50 %
Tarif ST1/45	45 %
Tarif ST1/40	40 %
Tarif ST1/35	35 %
Tarif ST1/30	30 %
Tarif ST1/25	25 %
Tarif ST1/20	20 %
Tarif ST1/20R	20 %

Tarifstufen	Zweibettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif ST2/100	100 %
Tarif ST2/50	50 %
Tarif ST2/45	45 %
Tarif ST2/40	40 %
Tarif ST2/35	35 %
Tarif ST2/30	30 %
Tarif ST2/25	25 %
Tarif ST2/20	20 %
Tarif ST2/20R	20 %

Tarifstufen	Mehrbettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif ST3/100	100 %
Tarif ST3/50	50 %
Tarif ST3/45	45 %
Tarif ST3/40	40 %
Tarif ST3/35	35 %
Tarif ST3/30	30 %
Tarif ST3/25	25 %
Tarif ST3/20	20 %
Tarif ST3/20R	20 %

3 Versicherungsfähigkeit in den Tarifkombinationen ST1/30 + ST1/20R, ST2/30 + ST2/20R sowie ST3/30 + ST3/20R

- 3.1 Die Tarifstufe ST1/20R kann für eine versicherte Person nur zusammen mit der Tarifstufe ST1/30 bestehen.
- 3.2 Die Wahl der Tarifkombination ST1/30 + ST1/20R setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte vorher bereits bekannt sein, dass diese Voraussetzung nicht eintritt, ist stattdessen die Tarifstufe ST1/50 zu wählen.
- 3.3 Solange der Beihilfebemessungssatz 50 % beträgt - längstens jedoch bis zum vollendeten 65. Lebensjahr der versicherten Person -, beträgt der prozentuale Erstattungssatz nach der Tarifkombination ST1/30 + ST1/20R 50% der erstattungsfähigen Leistungen. Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % reduziert sich der Erstattungssatz durch Umstellung in die Tarifstufe ST1/30 auf 30 % unter Anrechnung der erworbenen Rechte.
- 3.4 Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe ST1/30 mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50 %iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe ST1/50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen, wobei sich dann ein höherer Beitrag ergibt.
- 3.5 Die Ziffern 3.1 bis 3.4 gelten für die Tarifkombinationen ST2/30 + ST2 20R sowie ST3/30 + ST3/20R sinngemäß.

Fassung 01.2008

Beihilfeergänzungstarif BZ für Zahnersatz, Hilfsmittel im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahmefähigkeit

1.1.1 Der Abschluss des Beihilfeergänzungstarifes BZ setzt voraus, dass für die zu versichernde Person

- a) die Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt 1.2 gegeben ist und
- b) beim Versicherer eine beihilfekonforme Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

Der Erstattungsprozentsatz des Beihilfeergänzungstarifes BZ gemäß Abschnitt 2.1.1 ist so zu wählen, dass er zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz des zahnärztlichen Grundtarifes 100 % nicht überschreitet.

1.1.2 Der Versicherer kann in begründeten Einzelfällen – auch befristet – Ausnahmen von der Aufnahmefähigkeit zulassen.

1.2 Versicherungsfähigkeit

1.2.1 Versicherungsfähig nach dem Beihilfeergänzungstarif BZ sind Beihilfeberechtigte und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige

hige Angehörige, sofern diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, Anspruch auf Beihilfe zu Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den Beihilfevorschriften des Bundes haben bzw. einen gleichartigen Anspruch besitzen.

1.2.2 Der Versicherer kann in begründeten Einzelfällen – auch befristet – Ausnahmen von der Versicherungsfähigkeit zulassen.

1.2.3 Nicht versicherungsfähig sind Personen, wenn

- a) für sie als Arbeitnehmer bzw. Angehöriger ein Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gezahlt wird;
- b) sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind;
- c) für sie die Ansprüche auf Beihilfe bei Krankheit entfallen, insbesondere wegen Überschreitens einer in den Beihilfevorschriften enthaltenen Einkommensgrenze;
- d) für deren zahnärztlichen Grundtarif ein Erstattungsprozentsatz von 80 % oder höher vereinbart wird.

1.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.3.1 Der Beihilfeergänzungstarif BZ endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt 1.2, sofern weder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen noch ein Ruhen der Versicherung vereinbart wird.

1.3.2 Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt 1.2 ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt des Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Beihilfeergänzungstarifes BZ empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren. Die Regelung nach Satz 2 gilt sinngemäß, wenn anstelle der Beendigung eine Anwartschaftsversicherung bzw. ein Ruhen vereinbart wird.

1.4 Wegfall bzw. Änderung eines Grundtarifes

1.4.1 Fällt ein Grundtarif (vgl. Abschnitt 1.1 b) weg, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Beihilfeergänzungstarif BZ.

1.4.2 Bei Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes im zahnärztlichen Grundtarif ist zum selben Zeitpunkt auch der Erstattungsprozentsatz im Beihilfeergänzungstarif BZ (vgl. Abschnitt 2.1.1) so anzupassen, dass die Summe des Erstattungsprozentsatzes aus dem Beihilfeergänzungstarif BZ und dem zahnärztlichen Grundtarif wieder 100 % nicht überschreitet.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Erstattungsprozentsätze

2.1.1 Der Versicherer ersetzt die nach diesem Tarif erstattungsfähigen, aber nicht beihilfefähigen Aufwendungen der Abschnitte 2.3 und 2.4 zu dem Erstattungsprozentsatz, der sich aus folgender Tabelle ergibt:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz
BZ 50	50 %
BZ 30	70 %
BZ 20	80 %

Die beihilfefähigen Aufwendungen bestimmen sich dem Grund und der Höhe nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes in der jeweils gültigen Fassung.

Bei der Ermittlung der erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Abschnitt 2.3 wird eine Beihilfefähigkeit der zahntechnischen Leistungen von 60 % zu Grunde gelegt.

2.1.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen des Abschnittes 2.5 werden abzüglich der Ansprüche aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften zu 100 % erstattet.

2.2 Übersteigen die Leistungen der Abschnitte 2.3 bis 2.5 zusammen mit den Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und den Leistungen aus dem Grundtarif die dem Grunde nach erstattungsfähigen Aufwendungen, so wird die Leistung aus dem Beihilfeergänzungstarif BZ um den übersteigenden Betrag gemindert.

2.3 Versicherungsleistungen bei Zahnersatz

2.3.1 Erstattungsfähig sind, mit Ausnahme der in Abschnitt 2.3.4 genannten Versorgungsarten, die besonders berechneten zahntechnischen Material- und Laborkosten, die bei Zahnersatz notwendig werden. Zu Zahnersatz gehören prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen.

2.3.2 Die Leistung beträgt je versicherte Person und Versicherungsjahr höchstens

- 4.160 EUR in der Tarifstufe BZ 20,
- 3.640 EUR in der Tarifstufe BZ 30,
- 2.600 EUR in der Tarifstufe BZ 50.

In den ersten drei Versicherungsjahren werden jedoch je versicherte Person höchstens erstattet:

	BZ 50	BZ 30	BZ 20
im ersten Versicherungs-jahr	550,-	770,-	880,-
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen	1.100,-	1.540,-	1.760,-
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen	1.650,-	2.310,-	2.640,-

Die Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung der Jahreshöchstsätze dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt eingegliedert werden.

2.3.3 Für durch Unfall notwendig werdende zahntechnische Material- und Laborkosten bei Zahnersatz entfallen die in Abschnitt 2.3.2 genannten Jahreshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf diese Jahreshöchstsätze nicht angerechnet.

2.3.4 Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für solche Versorgungsarten, für die die Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes generell keine Beihilfeleistungen vorsehen.

2.3.5 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehene Behandlung der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig ist.

Wird vor Beginn der Behandlung keine Zusage eingeholt, bleibt die Hälfte der tariflichen Leistungen erhalten.

Diese Leistungsvoraussetzungen gelten nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

2.4 Versicherungsleistungen bei Hilfsmitteln

2.4.1 Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Aufwendungen für

- die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge und
- die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:

a) Kleinere Hilfsmittel.

Das sind:

- Brillengläser und Brillengestelle,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden und
- Kompressionsstrümpfe.

b) Größere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.

Das sind:

- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperationen,
- Blindenhund,
- Haarerersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- und Operationsnarben,
- Kontaktlinsen,
- Gehapparat,
- Gehstützen und
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

2.4.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen, Blutdruckmessgeräte,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte.

2.5 Versicherungsleistungen bei Auslandsreisen

2.5.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle.

Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Behandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

2.5.2 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen leistungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht für weitere drei Monate Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2.5.3 Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

2.5.4 Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung bzw. Bestattung eines verstorbenen Versicherten, sofern dieser am Tage der Abreise das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.

2.5.5 Bei Auslandsreisen entfällt abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, die allgemeine Wartezeit und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

2.5.6 Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

- a) Behandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;
- b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich verordnet sind;
- d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;
- e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten und Sonderleistungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;
- f) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;

g) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;

h) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;

i) Instandsetzung von Zahnersatz (dazu gehören prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen);

j) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden;

k) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

2.5.7 Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport, einschließlich der Aufwendungen für eine mitversicherte Begleitperson, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu erwarten ist. Die Berechtigung des Anspruches auf Transportkosten muss durch Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Krankheitsbezeichnung nachgewiesen werden;

b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland;

c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Abschnitt 2.5.7 geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Abschnitt 2.5.7 b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt.

Die Leistungen gemäß Abschnitt 2.5.7 b) und c) gelten nicht für Personen, die am Tag der Abreise das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben.

2.5.8 Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt 2.5.6 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 21 EUR gezahlt, wenn ein anderer Kostenträger als die Beihilfe mit mindestens 20 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt 2.5.6 e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 41 EUR gezahlt.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Fassung 01.2008

Tarif AM für ambulante Heilbehandlung

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähig im Tarif AM sind Ärztinnen und Ärzte mit Ausnahme von Tierärztinnen und Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben sowie

- deren unterhaltsberechtigten Ehegatten oder
- Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner oder
- Partnerinnen bzw. Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und
- ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres

solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im gleichen Haushalt leben.

Bei Tod des Versicherungsnehmers bleibt die Versicherungsfähigkeit der versicherten Personen bestehen; sie entfällt aber für die versicherte Person bei Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft bzw. nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit nicht in Ärztetarifen versicherbaren Personen.

1.2 Fällt die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gem. Ziffer 1.1 weg, wird insoweit der Vertrag nach Tarif A ohne neue Wartezeiten und ohne neue Gesundheitsprüfung fortgeführt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Monaten, anzuzeigen. Die Tarifänderung erfolgt zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

1.3 Versicherungsfähigkeit in der Tarifkombination AM 30 + AM 20R

- 1.3.1 Die Tarifstufe AM 20R kann für eine versicherte Person nur zusammen mit der Tarifstufe AM 30 bestehen.
- 1.3.2 Die Wahl der Tarifkombination AM 30 + AM 20R setzt – unbeschadet der Ziffer 1.1 – voraus, dass der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte vorher bereits bekannt sein, dass diese Voraussetzung nicht eintritt, ist stattdessen die Tarifstufe AM 50 zu wählen.
- 1.3.3 Solange der Beihilfebemessungssatz 50 % beträgt – längstens jedoch bis zum vollendeten 65. Lebensjahr der versicherten Person –, beträgt der prozentuale Erstattungssatz nach der Tarifkombination AM 30 + AM 20R 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % reduziert sich der Erstattungssatz durch Umstellung in die Tarifstufe AM 30 auf 30 % unter Anrechnung der erworbenen Rechte.
- 1.3.4 Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe AM 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 AM 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen, wobei sich dann ein höherer Beitrag ergibt.

2 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

2.1 Erstattet werden Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe durch Ärzte,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung (Röntgen, Radium, Isotopen),
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe durch Hebammen,
- Vorsorgemaßnahmen bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen,
- Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,

- kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
 - Brillen,
 - Bruchbänder,
 - Bandagen,
 - Einlagen,
 - Leibbinden und
 - Kompressionsstrümpfe.

- größere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.
Das sind:
 - orthopädische Schuhe,
 - Hörhilfen (elektronische Hörgeräte),
 - Heimdialysegeräte bei Nierenversagen,
 - Körperersatzstücke,
 - Krankenfahrstühle, z. B. bei Querschnittslähmung,
 - elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
 - Blindenhund,
 - Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
 - Kontaktlinsen,
 - Gehapparate,
 - Gehstützen und
 - Stützapparate einschließlich Liegeschalen.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

- Instandsetzung von Hilfsmitteln.
- Heilmittel;

zu den Heilmitteln gehören insbesondere:

- Massagen,
- medizinische Bäder und Packungen,
- Licht-, Radium-, Infrarot-, Kurzwellen-Bestrahlungen,
- Diathermie.

2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten. Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen, Blutdruckmessgeräte und dergleichen.
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus, die Beseitigung von Schönheitsfehlern.

2.3 In Ergänzung zu § 5 (1) g der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch

- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft,
- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft eines Elternteils sowie
- durch die Kinder einer Lebenspartnerin / eines Lebenspartners oder einer Partnerin / eines Partners in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	jährliche Selbstbeteiligung
Tarif AM 155	155 EUR
Tarif AM 620	620 EUR

Tarifstufen	Erstattung
Tarif AM 50	50 %
Tarif AM 45	45 %
Tarif AM 40	40 %
Tarif AM 35	35 %
Tarif AM 30	30 %
Tarif AM 25	25 %
Tarif AM 20	20 %
Tarif AM 20R	20 %

Ergänzungstarif ZAM

für Zahnbehandlung und Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)
und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähig im Tarif ZAM sind Ärztinnen und Ärzte mit Ausnahme von Tierärztinnen und Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben sowie

- deren unterhaltsberechtigten Ehegatten oder
- Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner oder
- Partnerinnen bzw. Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und
- ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres,

solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im gleichen Haushalt leben.

Bei Tod des Versicherungsnehmers bleibt die Versicherungsfähigkeit der versicherten Personen bestehen; sie entfällt aber für die versicherte Person bei Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft bzw. nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit nicht in Ärztetarif versicherbaren Personen.

1.2 Fällt die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gem. Ziffer 1.1 weg, wird insoweit der Vertrag nach Tarif ZA ohne neue Wartezeiten und ohne neue Gesundheitsprüfung fortgeführt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich, spätestens innerhalb zwei Monaten, anzuzeigen. Die Tarifänderung erfolgt zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

1.3 Der Abschluss des Ergänzungstarifs ZAM setzt voraus, dass beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

Fällt ein Grundtarif fort, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Ergänzungstarif ZAM.

1.4 Der Erstattungsprozentsatz im Ergänzungstarif ZAM darf nicht höher sein als im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung. Bei Herabsetzung des Erstattungsprozentsatzes im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung wird zum selben Zeitpunkt auch die Stufe des Tarifes ZAM entsprechend herabgesetzt.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 **Der Versicherer bietet Versicherungsschutz durch Ersatz der Kosten einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten für**

2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

2.1.3 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

2.1.4 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Dazu gehören auch alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

2.1.5 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

2.2 Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

Erstattet werden die erstattungsfähigen Kosten, soweit sie nach der jeweils geltenden Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.

2.3 Der Leistungsanspruch berechnet sich zu Beginn der Versicherung höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag

von 1.550 EUR für alle Behandlungen im ersten Versicherungsjahr,

von 3.100 EUR für alle Behandlungen in den ersten beiden Versicherungsjahren,

von 4.650 EUR für alle Behandlungen in den ersten drei Versicherungsjahren.

Bei Tarifen mit unterschiedlichen Erstattungsprozentsätzen innerhalb einer Tarifstufe werden auf die Höchstsätze der jeweiligen Versicherungsjahre zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

Für durch Unfälle notwendig werdende zahnärztliche Behandlung entfällt der Jahreshöchstsatz. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf den Jahreshöchstsatz nicht angerechnet.

2.4 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen) wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

2.5 In Ergänzung zu § 5 (1) g der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch

- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft,
- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft eines Elternteils sowie
- durch die Kinder einer Lebenspartnerin / eines Lebenspartners oder einer Partnerin / eines Partners in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	Erstattung
Tarif ZAM 100	100 % vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Zahn- und Kieferregulierung, 80 % Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
Tarif ZAM 50	50 %
Tarif ZAM 45	45 %
Tarif ZAM 40	40 %
Tarif ZAM 35	35 %
Tarif ZAM 30	30 %
Tarif ZAM 25	25 %
Tarif ZAM 20	20 %

Fassung 01.2008

Tarif STM für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähig im Tarif STM sind Ärztinnen und Ärzte mit Ausnahme von Tierärztinnen und Tierärzten, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben sowie

- deren unterhaltsberechtigten Ehegatten oder
- Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner oder
- Partnerinnen bzw. Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft und
- ihre nicht verheirateten Kinder, längstens bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres,

solange diese Familienangehörigen mit dem Versicherungsnehmer im gleichen Haushalt leben.

Bei Tod des Versicherungsnehmers bleibt die Versicherungsfähigkeit der versicherten Personen bestehen; sie entfällt aber für die versicherte Person bei Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft bzw. nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit nicht in Ärztetarifen versicherbaren Personen.

1.2 Fällt die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gem. Ziffer 1.1 weg, wird insoweit der Vertrag nach Tarif ST ohne neue Wartezeiten und ohne neue Gesundheitsprüfung fortgeführt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich, spätestens innerhalb zwei Monaten, anzuzeigen. Die Tarifänderung erfolgt zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

1.3 Versicherungsfähigkeit in der Tarifkombination STM/ 30 + STM/ 20R

1.3.1 Die Tarifstufe STM/ 20R kann für eine versicherte Person nur zusammen mit der Tarifstufe STM/ 30 bestehen.

1.3.2 Die Wahl der Tarifkombination STM/ 30 + STM/ 20R setzt – unbeschadet der Ziffer 1.1 – voraus, dass der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50% auf 70% erhöht wird. Sollte vorher bereits bekannt sein, dass diese Voraussetzung nicht eintritt, ist

stattdessen die Tarifstufe STM/ 50 zu wählen.

1.3.3 Solange der Beihilfebemessungssatz 50% beträgt – längstens jedoch bis zum vollendeten 65. Lebensjahr der versicherten Person –, beträgt der prozentuale Erstattungssatz nach der Tarifkombination STM/ 30 + STM/ 20R 50% der erstattungsfähigen Leistungen. Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70% reduziert sich der Erstattungssatz durch Umstellung in die Tarifstufe STM/ 30 auf 30% unter Anrechnung der erworbenen Rechte.

1.3.4 Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe STM/ 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 STM/ 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen, wobei sich dann ein höherer Beitrag ergibt.

2 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach dem gewählten Prozentsatz.

2.1 Kostenerstattung

Erstattungsfähig sind

- a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,
- b) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,
- c) Arzthonorare,
- d) Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

Zu den erstattungsfähigen Kosten zu a) und b) gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- eiserne Lunge,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- Behandlungen in der Intensivstation,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten diese Kosten als für die Mutter entstanden, wenn für das Kind keine eigene Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer besteht. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

2.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Wird vom Versicherungsnehmer nur auf eine der nachstehenden Leistungen verzichtet, zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus

- bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 60 EUR Krankenhaustagegeld
- bei Verzicht auf die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer 40 EUR Krankenhaustagegeld.

Wird auf beide Leistungen verzichtet, so beträgt das Krankenhaustagegeld 100 EUR.

2.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung gemäß Ziffer 2.1 besteht Anspruch auf Krankenhaustagegeld in Höhe von 225 EUR.

2.4 Krankenhaustagegelder bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen

Bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen werden die Krankenhaustagegeldleistungen gemäß den Ziffern 2.2 und 2.3 entsprechend dem Erstattungsprozentsatz gekürzt und auf volle EUR aufgerundet.

2.5 Krankenrücktransport

2.5.1 Bei akut eintretender Behandlungsbedürftigkeit während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports erstattungsfähig. Der Transport muss

ärztlich angeordnet sein und die medizinische Notwendigkeit muss in einem ärztlichen Attest begründet werden.

Die medizinische Notwendigkeit besteht, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Bei Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankenrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen.

2.5.2 Die Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind von den erstattungsfähigen Kosten abzusetzen.

2.6 In Ergänzung zu § 5 (1) g der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, besteht keine Leistungspflicht für Behandlungen durch

- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft,
- Lebenspartnerin / Lebenspartner oder Partnerin / Partner in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft eines Elternteils sowie
- durch die Kinder einer Lebenspartnerin / eines Lebenspartners oder einer Partnerin / eines Partners in der nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	Einbettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif STM/ 100	100 %
Tarif STM/ 50	50 %
Tarif STM/ 45	45 %
Tarif STM/ 40	40 %
Tarif STM/ 35	35 %
Tarif STM/ 30	30 %
Tarif STM/ 25	25 %
Tarif STM/ 20	20 %
Tarif STM/ 20R	20 %

Fassung 01.2009

Tarif VE

für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Leistungen des Versicherers

1 Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattet werden die Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe durch Ärzte,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychotherapie gemäß 1.2,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste,
- Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur

ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,

- Strahlenbehandlung,
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger,
- Vorsorgemaßnahmen zusammen bis zu 500 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen,
- Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) zusammen bis zu 310 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren (bei Vereinbarung der Tarifstufe VE 900 K vgl. 10.2),
- Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,

- kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
 - Bruchbänder,
 - Bandagen,
 - Einlagen,
 - Leibbinden und
 - Kompressionsstrümpfe.
- größere Hilfsmittel einmal innerhalb eines Kalenderjahres.
Das sind:
 - orthopädische Schuhe,
 - Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
 - Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
 - Körperersatzstücke,
 - Krankenfahrstuhl,
 - elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperationen,
 - Blindenhund,
 - Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellendem Unfall, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
 - Gehapparat,
 - Gehstützen und
 - Stützapparate einschließlich Liegeschalen.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt.

- Heilmittel;
zu den Heilmitteln gehören insbesondere:
 - Inhalationen,
 - Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
 - Massagen,
 - Hydrotherapie und Packungen,
 - Wärmebehandlungen,
 - Elektro- und Lichttherapie,
 - Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen.
- ambulante Kurbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Hierzu gehören die bei einer ärztlich verordneten und ambulant durchgeführten Kur anfallenden ärztlichen Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel. Für Entziehungskuren bleibt § 5 (1) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, unberührt.

1.2 Leistungsvoraussetzungen bei ambulanter Psychotherapie

1.2.1 Die versicherte Person, hat unbeschadet der Regelung gemäß 1.2.2, die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Fachärzten für „Psychotherapie“, „Psychotherapeutische Medizin“ und „Kinder- und Jugendpsychotherapie“ sowie Ärzten, die zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ bzw. „Psychoanalyse“ berechtigt sind.

1.2.2 Weiterhin sind die für eine Behandlung durch niedergelassene approbierte „Psychologische Psychotherapeuten“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ anfallenden Kosten bis zur Höhe einer vergleichbaren ärztlichen Verrichtung erstattungsfähig.

1.2.3 Leistungshöchstsatz bei ambulanter Psychotherapie

Die gesamten erstattungsfähigen Aufwendungen bei ambulanter Psychotherapie werden in den ersten fünf Kalenderjahren insgesamt auf einen Betrag von 2.600 EUR begrenzt.

Ab dem sechsten Kalenderjahr beträgt der Leistungshöchstsatz für jeweils drei Kalenderjahre zusammen 2.600 EUR. Hierbei werden die erstattungsfähigen Kosten für ambulante Psychotherapie des Kalenderjahres, in dem die Behandlung stattfand und die erstattungsfähigen Kosten der beiden vorhergehenden Kalenderjahre zusammengerechnet.

1.3 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten,
- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden.
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,

- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- Hin- und Rückfahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- Beseitigung von Schönheitsfehlern,
- psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker, es sei denn, diese sind gleichzeitig niedergelassene approbierte „Psychologische Psychotherapeuten“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ im Sinne von 1.2.2.

2 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

2.1 Erstattet werden die Aufwendungen einschließlich der zugehörigen zahntechnischen Material- und Laborkosten für:

2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

2.1.3 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

2.1.4 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Dazu gehören auch alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

2.1.5 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

2.2 Leistungshöchstsätze

2.2.1 Für die erstattungsfähigen Kosten der unter 2.1 genannten Maßnahmen gelten folgende Leistungshöchstsätze:

3.100 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre,

7.700 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten fünf Kalenderjahre,

15.400 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten sieben Kalenderjahre.

Ab dem achten Kalenderjahr beträgt der Leistungshöchstsatz für jeweils drei Kalenderjahre zusammen 15.400 EUR. Hierbei werden die erstattungsfähigen Kosten des Kalenderjahres, in dem die Behandlung stattfand und die erstattungsfähigen Kosten der beiden vorhergehenden Kalenderjahre zusammengerechnet.

2.2.2 Auf die Höchstsätze der jeweiligen Kalenderjahre werden zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

2.2.3 Werden zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Behandlungen aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Jahreshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Jahreshöchstsätze nicht angerechnet.

2.2.4 Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung von Jahreshöchstsätzen dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

2.3 Leistungsvoraussetzung

2.3.1 Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

2.3.2 Wird vor Beginn der Behandlung keine schriftliche Zusage eingeholt, beträgt der Erstattungsprozentsatz abweichend von Ziffer 6 c) 40 Prozent.

2.3.3 Die Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

3 Stationäre Heilbehandlung

3.1 Kostenerstattung

3.1.1 Erstattungsfähig sind

- die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz und gesondert berechenbare Belegarzthonorare,
- die vom Krankenhaus gesondert berechneten Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,
- Arzthonorare,
- Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke,
- Behandlungen in der Intensivstation,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V.

3.1.2 Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen für die „1. Klasse“ oder die „2. Klasse“.

3.1.3 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung gemäß Ziffer 7 geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der "Card für Privatversicherte".

3.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung gemäß 3.1

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht bei teilweisem Verzicht auf versicherte Leistungen neben der Kostenerstattung gemäß 3.1 für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus mit Ausnahme des Entlassungstages Anspruch auf folgende Krankenhaustagegelder:

- Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Kosten für die Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer gemäß 3.1.1.b) 40 EUR
- Bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung (Arzthonorare) gemäß 3.1.1.c) 60 EUR

Wird auf beide Leistungen verzichtet, beträgt das Krankenhaustagegeld 100 EUR.

3.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung gemäß 3.1

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung gemäß 3.1 zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 225 EUR.

3.4 Die Krankenhaustagegelder werden auf die Selbstbeteiligung gemäß Ziffer 7 angerechnet.

4 Krankentrücktransport aus dem Ausland

4.1 Bei akut eingetretenen Krankheiten und Unfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten eines medizinisch notwendigen Krankentrücktransportes einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson nach folgenden Regelungen erstattungsfähig.

4.1.1 Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Heilbehandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz für Krankentrücktransporte insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlechterung eintritt.

4.2 Die Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen.

4.3 Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankentrücktransport erforderlich machen, vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa für Krankentrücktransporte aus dem Ausland versichert ist.

4.4 Die medizinische Notwendigkeit für den Krankentrücktransport besteht, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Dies muss durch ein vor Beginn des Krankentrücktransportes ausgestellt ärztliches Attest nachgewiesen werden.

4.5 Ein Krankentrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird.

4.6 Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankentrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen.

5 Erstattungsfähigkeit bei Rechnungen von Heilbehandlern

5.1 Ärzte, Zahnärzte, Hebammen

Die Kosten für erbrachte Leistungen sind dann erstattungsfähig, wenn und soweit sie nach den gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind bzw. analog berechnet werden können.

5.1.1 Bei einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus werden die Kosten für die vom liquidationsberechtigten Chefarzt höchstpersönlich erbrachte Leistung der Operation selbst im tariflichen Rahmen bis zum 5-fachen Satz der in der GOÄ für die Operation vorgesehenen Gebührenposition erstattet, wenn eine rechtsgültige individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der GOÄ getroffen wurde. Das gilt jedoch nicht für sonstige, im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, insbesondere operationsvorbereitende und -begleitende ärztliche Leistungen einschließlich Narkose.

5.1.2 Bei Leistungen nach Ziffer 2 (zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung) ist der erstattungsfähige Betrag im Rahmen der Leistungshöchstsätze gemäß Ziffer 2.2 auf den Höchstsatz (3,5-, 2,5- bzw. 1,3-facher Satz) der GOZ bzw. GOÄ begrenzt. Abweichend davon ist jedoch ein Honorar bis zum 5-fachen Satz der GOZ bzw. GOÄ erstattungsfähig, wenn

a) innerhalb von drei Jahren nach einer Implantatversorgung aus zwingenden medizinischen Gründen ein Implantat wieder entfernt werden muss und in diesem Zusammenhang die Nummer 300, 303, 901, 903 bzw. 908 des Gebührenverzeichnisses der GOZ berechnet wird;

b) ein extrem verlagerter oder retinierter Weisheitszahn durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstruktu-

ren entfernt und deswegen die Nummer 2650 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ berechnet wird.

Voraussetzung ist außerdem, dass eine rechtsgültige individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der GOZ bzw. GOÄ getroffen wurde. Der bis zu 5-fache Satz ist für die in a) und b) genannten Nummern erstattungsfähig, nicht jedoch für sonstige, in den Gebührenverzeichnissen enthaltene Zuschläge und Nummern, insbesondere für operationsvorbereitende und -begleitende Verrichtungen einschließlich Narkose.

5.1.3 Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen von den in Abschnitt 5.1 genannten Heilbehandlern sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten beurteilt sich dann nach den im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.

5.2 Heilpraktiker

Leistungen des Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz (2,3-, 1,8- bzw. 1,15-facher Satz) der GOÄ erstattungsfähig wäre.

6 Erstattungsprozentsatz

Die Versicherungsleistungen werden von den erstattungsfähigen Kosten unter Berücksichtigung eventueller Höchstsätze zu den folgenden Prozentsätzen abzüglich der Selbstbeteiligung erstattet:

	Erstattungsprozentsatz
a) Ambulante Heilbehandlung	
Tarifstufe VE 1300 G	100 %
Tarifstufe VE 2000 G	100 %
Tarifstufe VE 1300 H	100 %
Tarifstufe VE 2000 H	100 %
Tarifstufe VE 900 K	100 % / 80 % siehe 10.1 a) – I)
b) Vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung, Zahn- und Kieferregulierung	100 %
c) Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	80 %*)
d) Stationäre Heilbehandlung	100 %
e) Krankentransport aus dem Ausland	100 %

*) Ziffer 2.3.2 bleibt unberührt.

7 Selbstbeteiligung

Abweichend von § 4 (1.1) Satz 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, wird die jährliche Selbstbeteiligung von dem gemäß Ziffer 6 berechneten Betrag abgezogen. Sie beträgt für jedes Kalenderjahr

- in der Tarifstufe VE 1300 G 1.300 EUR,
- in der Tarifstufe VE 2000 G 2.000 EUR,
- in der Tarifstufe VE 1300 H 1.300 EUR,
- in der Tarifstufe VE 2000 H 2.000 EUR,
- in der Tarifstufe VE 900 K 900 EUR.

Die Selbstbeteiligung verringert sich jedoch in den Tarifstufen VE 1300 H und VE 2000 H um die Hälfte

- a) für Kinder bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 16. Lebensjahres liegt,
- b) ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet.

In den Tarifstufen VE 1300 G, VE 2000 G und VE 900 K verringert sich die Selbstbeteiligung nicht um die Hälfte.

8 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten betragsmäßigen Höchstsätze anzupassen sind.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder ihre Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

9 Kalenderjahresregelung

9.1 Sind in diesem Tarif Höchstsätze nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

9.2 Beginnt die Tarifstufe VE 900 K nicht am 1. Januar eines Jahres wird der Betrag nach 10.1 e) für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

10 Leistungsbesonderheiten der Tarifstufe VE 900 K

10.1 Der Erstattungsprozentsatz für ambulante Heilbehandlung beträgt:

a) 100 % für Untersuchung, Behandlung, Geburtshilfe, Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte, Blutdialyse, Strahlenbehandlung und Wegegeld gemäß 1.1, wenn die (Erst-)Behandlung in Deutschland durch einen

- Facharzt für Allgemeinmedizin, sofern er keine weitere Facharztbezeichnung führt,
- praktischen Arzt ohne Facharztbezeichnung,
- Augenarzt,
- Frauenarzt,
- Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung (z. B. Kinderkardiologie, Neonatologie),
- Notarzt,
- Bereitschaftsarzt

erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch Vorlage der Erstbehandlungsrechnung zu belegen. Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung hervorgehen, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- bzw. Bereitschaftsdienstes handelte.

b) 80 % für Untersuchung, Behandlung, Geburtshilfe, Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte, Blutdialyse, Strahlenbehandlung und Wegegeld gemäß 1.1, wenn die Erstbehandlung nicht durch einen der in 10.1 a) genannten Ärzte erfolgt sowie

bei ärztlicher Heilbehandlung im europäischen und außer-europäischen Ausland.

c) 80 % für Psychotherapie, auch dann, wenn ein Arzt nach 10.1 a) die Erstbehandlung durchführt.

d) 100 % für Notfalltransporte gemäß 1.1.

e) 80 % für Arzneien und Verbandmittel bis zu einer Höhe von 2.000 EUR je Person und Kalenderjahr und zu

100 % für darüber hinaus gehende Aufwendungen für Arzneien und Verbandmittel.

100 % für Arzneimittel, die im Versandhandel (z. B. bei elektronischer Bestellung im Internet) aus einer Apotheke (Versandapotheke) bezogen werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherer dem Bezug der Arzneimittel über die Versandapotheke schriftlich zugestimmt hat und dass der Arzneimittelversand nach den gesetzlichen Vorschriften zulässig ist, insbesondere die Apotheke die Berechtigung zum Versand von Arzneimitteln hat.

- Versand- und Verpackungskosten für Arzneimittel gehören nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.
- f) 80 % für Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker.
- g) 100 % für Geburtshilfe durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger.
- h) 100 % für Vorsorgemaßnahmen gemäß 1.1.
- i) 100 % für „kleinere Hilfsmittel“ gemäß 1.1.
- j) 100 % für „weitere Hilfsmittel“ gemäß 1.1, sofern die Anschaffungskosten für das Hilfsmittel 180 EUR nicht überschreiten.
- 100 % für „weitere Hilfsmittel“ gemäß 1.1, wenn das Hilfsmittel, dessen Anschaffungskosten 180 EUR übersteigen,
- über einen Vertragspartner der uniVersa gekauft wird,
 - nicht über einen Vertragspartner der uniVersa gekauft wird, die uniVersa jedoch vor dem Kauf aufgrund eines Kostenvoranschlages schriftlich zugestimmt hat,
 - vom Hersteller oder vom Fachhandel (Sanitätshaus, Medizintechnik o. ä.) gemietet wird,
- und zu
- 80 % wenn das Hilfsmittel auf andere Weise beschafft wird.
- 100 % für die Instandsetzung von Hilfsmitteln.
- k) 100 % für Heilmittel bis zu einer Höhe von insgesamt 360 EUR je Person und Kalenderjahr und zu
- 80 % für darüber hinaus gehende Aufwendungen für Heilmittel.
- l) 80 % für „ambulante Kurbehandlung“ gemäß 1.1; für Entziehungskuren bleibt § 5 (1) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, unberührt.

10.2 Der Höchstsatz für Sehhilfen gemäß 1.1 umfasst auch die Aufwendungen für

- Refraktionsbestimmungen (Bestimmung der Lichtbrechung des Auges, Sehleistung) durch Augenoptiker und
- Maßnahmen der refraktiven Chirurgie (Operation der Augen zur Korrektur von Fehlsichtigkeiten, z. B. mittels Laser).

10.3 GKV-WSG

Die tarifliche Eigenleistung gemäß 7, 10.1 b), c), e), f), j), k) und l) ist in der Tarifstufe VE 900 K je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

Fassung 01.2008

Tarif VF für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung mit Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Leistungen des Versicherers

1.1 Ambulante Heilbehandlung

1.1.1 Erstattet werden die Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe durch Ärzte,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychotherapie durch Ärzte bis zu 77 EUR je Sitzung und bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste,
- Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung,
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger,
- Vorsorgemaßnahmen zusammen bis zu 500 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen,
- Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen) zusammen bis zu 205 EUR innerhalb von drei Kalenderjahren,
- Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
 - Bruchbänder,
 - Bandagen,
 - Einlagen,
 - Leibbinden und
 - Kompressionsstrümpfe.

- größere Hilfsmittel einmal innerhalb eines Kalenderjahres.
Das sind:
 - orthopädische Schuhe,
 - Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
 - Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
 - Körperersatzstücke,
 - Krankenfahrstuhl,
 - elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
 - Blindenhund,
 - Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
 - Gehapparat,
 - Gehstützen und
 - Stützapparate einschließlich Liegeschalen.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt.

- Heilmittel;
zu den Heilmitteln gehören insbesondere:
 - Inhalationen,
 - Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
 - Massagen,
 - Hydrotherapie und Packungen,
 - Wärmebehandlungen,
 - Elektro- und Lichttherapie,
 - Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen.

1.1.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten,
- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- Beseitigung von Schönheitsfehlern.

1.2 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.2.1 Erstattet werden die Aufwendungen einschließlich der zugehörigen zahntechnischen Material- und Laborkosten gemäß 1.2.2 in jeweils einfacher, kostengünstiger Versorgung für

1.2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

1.2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

1.2.1.3 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Dazu gehören auch alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Für die erstattungsfähigen Aufwendungen gelten folgende Jahreshöchstsätze:

- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen: 1.550 EUR,
- im 3. und 4. Kalenderjahr zusammen: 3.100 EUR,
- danach jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren zusammen: 6.200 EUR.

1.2.1.4 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

Anspruch besteht für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Hierbei gelten für die erstattungsfähigen Aufwendungen folgende Jahreshöchstsätze:

- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen: 780 EUR,
- im 3. und 4. Kalenderjahr zusammen: 1.550 EUR,
- danach jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren zusammen: 3.100 EUR.

Wird Zahn- und Kieferregulierung aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls notwendig, so besteht der Leistungsanspruch auch für Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres und zwar gemäß 1.2.5 ohne Jahreshöchstsatz.

1.2.2 Zahntechnische Material- und Laborkosten

Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren angemessenen Kosten, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Als übliche Preise gelten die zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Vergütungen (Höchstpreise). Das gilt sowohl für die zahntechnischen Leistungen eines gewerblichen Labors als auch eines Praxislabors des Zahnarztes.

1.2.2.1 Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung von Jahreshöchstsätzen dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt eingegliedert werden.

1.2.3 Nicht erstattungsfähig sind die Kosten (einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten) für

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen. Das sind Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern;
- Einlagefüllungen (Gussfüllungen, Inlays). Der Versicherer kann sich auf den Leistungsausschluss für Einlagefüllungen nicht berufen, wenn in einem besonders begründeten Ausnahmefall aus medizinisch zwingend notwendigen und objektiv nachgewiesenen Gründen (insbesondere attestierte Quecksilber-Allergie, Niereninsuffizienz) eine Versorgung mit Amalgam, anderen plastischen Füllungsmaterialien oder anderen kostengünstigen Versorgungsformen nicht vertretbar ist und der Versicherer vor Beginn der Behandlung insoweit eine schriftliche Kostenzusage gegeben hat;
- Implantate;
- große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet (Mehrere Einzelbrücken je Kiefer sind zulässig, wobei die Gesamtzahl der zu ersetzenden Zähne vier übersteigen darf.);
- mehr als zwei Verbindungselemente je Kiefer bei Kombinationsversorgungen;
- Zahn- und Kieferregulierung bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, es sei denn, dass diese Maßnahmen aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls notwendig werden.

1.2.4 Leistungsvoraussetzungen

Für Parodontosebehandlungen, Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen), Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind und eine einfache, kostengünstige Versorgung gewählt wird.

Wird vor Beginn der Behandlung keine Zusage eingeholt, bleibt die Hälfte der tariflichen Leistungen erhalten.

Die Leistungsvoraussetzung für Zahnersatz gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

1.2.5 Entfall der Jahreshöchstsätze bei Unfall

Werden zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Behandlungen aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls notwendig, entfallen dafür die in 1.2.1.3 und 1.2.1.4 genannten Jahreshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Jahreshöchstsätze nicht angerechnet.

1.3 Stationäre Heilbehandlung

1.3.1 Kostenerstattung

1.3.1.1 Erstattungsfähig sind

- a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz und gesondert berechenbare Belegarzthonorare,
- b) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,

c) Arzthonorare,

d) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke,
- Behandlungen in der Intensivstation,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V.

1.3.1.2 Leistungsvoraussetzung bei stationärer Psychotherapie

Der Versicherer leistet für stationäre Psychotherapie nur, wenn und soweit er vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat. Er kann sich jedoch auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn es sich um eine Notfallweisung handelte.

1.3.1.3 Bei Unterbringung im Zwei- oder Mehrbettzimmer sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung sind alle Kosten gemäß 1.3.1.1 erstattungsfähig.

Bei Unterbringung im Einbettzimmer werden die Kosten erstattet, die bei Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Die Kosten gemäß 1.3.1.1 a, 1.3.1.1 c und 1.3.1.1 d bleiben auch bei Aufenthalt im Einbettzimmer voll erstattungsfähig.

1.3.1.4 Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen des Tarifs für ein Zweibettzimmer bzw. die „2. Klasse“.

1.3.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung gemäß 1.3.1

Wird auf Unterbringung im Zweibettzimmer einschließlich privatärztlicher Behandlung verzichtet und werden auch keine fiktiven Zweibettzimmerkosten bei Unterbringung im Einbettzimmer erstattet, zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 90 EUR.

1.4 Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit

Der Versicherungsnehmer hat Anspruch auf eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung in Höhe von 307 EUR je Kalenderjahr und versicherte Person, sofern bei ihr die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Leistungen beansprucht,
- der Tarif VF hat im abgelaufenen Kalenderjahr ununterbrochen bestanden,
- der Tarif VF ist am 30.6. des Auszahlungsjahres noch in Kraft oder endete nach dem 31.12. des abgelaufenen Kalenderjahres durch Tod oder Pflichtversicherung,
- alle zwölf Monatsbeiträge des abgelaufenen Kalenderjahres wurden vollständig entrichtet,
- es bestand im abgelaufenen Kalenderjahr keine Anwartschaftsversicherung, kein beitragsfreies Ruhen und keine Beitragsfreistellung gemäß 1.5.1.

Die Beitragsrückerstattung wird spätestens im Oktober des Jahres ausgezahlt, das auf das leistungsfrei gebliebene Kalenderjahr folgt.

1.5 Weitere Leistungen und Vereinbarungen

1.5.1 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, längstens jedoch für sechs Monate, wird der Tarif für die betroffene versicherte Person beitragsfrei weitergeführt. Der Leistungsumfang des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

1.5.2 Höhe der Leistungen / Selbstbehalt

1.5.2.1 Die erstattungsfähigen Kosten werden zu 70 % erstattet.

Der Teil der erstattungsfähigen Kosten, der innerhalb eines Kalenderjahres 1.500 EUR überschreitet, wird zu 100 % erstattet.

1.5.2.2 Bei Leistungen nach 1.2.1.3 (Zahnersatz) und 1.2.1.4 (Zahn- und Kieferregulierung) wird jedoch auch der Betrag, der innerhalb eines Kalenderjahres unter Berücksichtigung der Jahreshöchstsätze 1.500 EUR überschreitet, zu 70 % erstattet.

1.5.3 Gebührenordnungen und Höchstsätze

Die Kosten für erbrachte Leistungen sind dann erstattungsfähig, wenn und soweit sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind bzw. analog berechnet werden können und bei

- ärztlichen Leistungen die Höchstsätze der GOÄ,
 - Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspfleger die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenverordnung für Hebammen,
 - zahnärztlichen Leistungen die Regelhöchstsätze (1,8- bzw. 2,3facher Satz) der GOZ bzw. GOÄ,
 - Heilmitteln auch wenn sie als ärztliche Leistung anfallen den 1,8fachen Satz der GOÄ
- nicht überschreiten.

Leistungen des Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz (1,8- bzw. 2,3facher Satz) der GOÄ erstattungsfähig wäre.

1.5.4 Kalenderjahresregelung

Sind in diesem Tarif Höchstsätze nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif einer versicherten Person in der zweiten Hälfte eines Kalenderjahres, so werden die anteiligen Höchstsätze des ersten Kalenderjahres um die Hälfte gekürzt.

1.5.5 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten betragsmäßigen Höchstsätze anzupassen sind. Entsprechendes gilt für den in 1.5.2 genannten Wert, ab dem die bestimmten Versicherungsleistungen zu 100 % erstattet werden.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder ihre Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarif intro|Privat für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung mit Optionsrechten

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1 Selbstbeteiligung

Die sich gemäß Abschnitt I.1.2 bis I.1.4 und Abschnitt II ergebende Versicherungsleistung wird um eine Selbstbeteiligung gekürzt. Diese beträgt pro versicherte Person und Kalenderjahr in Tarifstufe intro|Privat 300: 300 EUR und in Tarifstufe intro|Privat 600: 600 EUR.

1.2 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung und Vorsorge

1.2.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) ambulante Untersuchung, Heilbehandlung und Geburtshilfe durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlung siehe Abschnitt I.1.2.1 c)) zu

100 %, wenn die Heilbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt (Primärarztprinzip). Als Primärarzt gelten ausschließlich der

- Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt – jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung),
- Augenarzt,
- Frauenarzt,
- Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung¹,
- Notarzt oder
- Bereitschaftsarzt.

Der Hausarzt ist dem Versicherer im Versicherungsantrag, spätestens aber bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.

Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung² als Hausarzt festgelegt werden.

100 %, wenn die Heilbehandlung zwar durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt erfolgt, diese aber zuvor von einem Primärarzt veranlasst wurde (Überweisung).

Die Überweisung durch den Primärarzt ist dem Versicherer zusammen mit der Facharztrechnung vorzulegen.

Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung hervorgehen, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- bzw. Bereitschaftsdienstes handelt.

75 %, wenn die Heilbehandlung durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt ohne vorherige Überweisung eines Primärarztes erfolgt.

75 % bei ärztlicher Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

100 % für Geburtshilfe.

b) ambulante Untersuchung und Heilbehandlung durch Heilpraktiker zu

75 %.

c) ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte (auch Primärarzt) oder approbierte psychologische Psychotherapeuten

bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – maximal 30 Sitzungen pro Kalenderjahr – zu

75 %.

d) ambulante Geburtshilfe durch Hebamme bzw. Entbindungspfleger zu

100 %.

e) Arznei- und Verbandmittel zu

75 %, wobei der 25 %ige Eigenanteil auf einen Höchstbetrag von 625 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist;

100 % ab Überschreiten des Eigenanteils von 625 EUR.

f) Heilmittel zu

75 %, auch wenn sie von einem Primärarzt erbracht werden.

Zu den Heilmitteln gehören insbesondere

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen.

g) kleinere Hilfsmittel zu

75 %.

Kleinere Hilfsmittel sind

- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden und
- Kompressionsstrümpfe.

h) größere Hilfsmittel – jeweils einmal innerhalb eines Kalenderjahres – und die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge zu

75 %, wobei der 25 %ige Eigenanteil auf einen Höchstbetrag von 1.000 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist;

100 % ab Überschreiten des Eigenanteils von 1.000 EUR.

Größere Hilfsmittel sind

- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung.),
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparat,
- Gehstützen und
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

¹ Schwerpunktbezeichnungen von Kinderärzten sind z. B.: Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Kinder-Kardiologie, Neonatologie, Neopädiatrie

² Schwerpunktbezeichnungen von Internisten sind z. B.: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt.

i) Sehhilfen zu

75 %, maximal 125 EUR (Leistungshöchstbetrag) pro versicherte Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren für alle Sehhilfen zusammen.

Dafür werden die Kosten des Kalenderjahres, in dem die Sehhilfen bezogen wurden, und die Kosten des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

Sehhilfen sind

- Brillengläser und Brillengestelle sowie
- Kontaktlinsen.

j) Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus zu

100 %.

k) präventive Maßnahmen der Medizin zu

100 %.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

1.2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten,
- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, findet in Tarif intro|Privat keine Anwendung),
- psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker,
- Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, auf Grund von Freizeitgewohnheiten oder aus beruflichen Gründen.

1.2.3 GKV-WSG

Die tarifliche Eigenleistung gemäß den Abschnitten 1.1, 1.2.1 a), b), c), e), f), g), h) und i) ist je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

1.3 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.3.1 Leistungsbegrenzung

a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß 1.1.3.2 zusammen errechnet sich höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

insgesamt: 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,
2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,
3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,
4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr,
5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr,
5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und
- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays

angerechnet.

c) Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.3.2 Erstattet werden Aufwendungen für

a) vorbeugende Maßnahmen zu

100 %.

Vorbeugende Maßnahmen sind

- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

b) Zahnbehandlung zu

100 %.

Zahnbehandlung sind

- allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

c) Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) zu

100 % für die zahnärztliche Leistung;

60 % für zahntechnische Leistungen.

d) Zahnersatz zu

60 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

e) Zahn- und Kieferregulierung zu

60 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen;

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

f) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

60 %.

1.3.3 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

1.4 Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

1.4.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich Stationsarzt- oder Assistenzarztbehandlung) in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, zu

100 %.

b) Belegarzt, freiberufliche Hebamme bzw. Entbindungspfleger, Beleghebamme bzw. Belegentbindungspfleger zu

100 %.

c) Krankentransport zum und vom nächsterreichbaren, gemäß Abschnitt I.1.4.1 a) versicherten und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) zu

100 %.

d) teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V in einem gemäß Abschnitt I.1.4.1 a) versicherten Krankenhaus zu

100 %.

1.4.2 Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung für die versicherte Leistung zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld von 125 EUR.

1.4.3 Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.

1.4.4 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung gemäß Abschnitt I.1.1 geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der „Card für Privatversicherte“.

1.4.5 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer,
- Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (wie z.B. viele Privatkliniken; in Abweichung von § 4 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I) – es sei denn, es handelt sich um eine Notfallanweisung,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II findet in Tarif intro|Privat keine Anwendung).

1.5 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine

Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif intro|Privat versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

1.6 Kalenderjahresregelung

1.6.1 Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

1.6.2 Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr. Dabei werden die Selbstbeteiligungen gemäß Abschnitt I.1.1 sowie Abschnitt I.1.2.1 e) und I.1.2.1 h) für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

1.7 Anpassung der Höchstbeträge

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II prüft der Versicherer, ob und inwieweit die in diesem Tarif festgelegten Höchstbeträge zum Ausgleich von Wertveränderungen anzupassen sind.

Diese Anpassung ist nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder ihre Angemessenheit überprüft und der Änderung zugestimmt hat.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandler-Honoraren

2.1 Ärzte und Zahnärzte

Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

2.2 Heilpraktiker

Die nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) in Rechnung gestellten Leistungen eines Heilpraktikers sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung bis zum Regelhöchstsatz (1,15-, 1,8- bzw. 2,3facher Satz) der GOÄ erstattungsfähig wäre.

2.3 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers sind bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenverordnung für Hebammen erstattungsfähig.

2.4 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendliche npsychotherapeuten

Die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die gemäß Abschnitt I.2.1 bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.

2.5 Aufwendungen für Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind auch über diese Begrenzungen hinaus erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.

3 Optionsrechte auf Höher- oder Nachversicherung

Über § 1 Abs. 6 sowie 6.1 bis 6.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II hinaus sind die in Abschnitt I.3.1 und I.3.2 aufgeführten Optionsrechte zur Ausweitung des Versicherungsschutzes zu Sonderkonditionen versichert.

Die Sonderkonditionen gelten unter folgenden Voraussetzungen:

a) Voraussetzungen für alle Optionsrechte gemäß Abschnitt I.3.1 und I.3.2:

- Von dem Optionsrecht wird zu einem der aufgeführten Stichtage Gebrauch gemacht.

- Die Höher- oder Nachversicherung wird spätestens zwei Monate vor dem gewählten Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragt.
- Für die versicherte Person besteht mit Tarif intro|Privat erstmals eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.

Als erstmalige Krankheitskostenvollversicherung gilt die Versicherung in Tarif intro|Privat auch dann, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer zuvor ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung geführt worden ist.

- Das Versicherungsverhältnis nach Tarif intro|Privat wurde für die versicherte Person nicht im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I begründet.

b) Zusätzliche Voraussetzungen für die Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1:

- Zur schriftlichen Beantragung des Optionsrechtes gemäß Abschnitt I.3.1 c) und d) wird der vom Versicherer vorgesehene Antragsvordruck einschließlich aller Gesundheitsfragen vollständig ausgefüllt, unterschrieben und beim Versicherer eingereicht.

c) Zusätzliche Voraussetzungen für die Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.2:

- Das Optionsrecht auf Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 wird nicht wahrgenommen.

Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt. Bei Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.2 erfolgt die Beitragseinstufung im hinzukommenden Tarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im hinzukommenden Tarif erreicht hat.

Sind für die Versicherung in Tarif intro|Privat besondere Vereinbarungen wie z.B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

Bietet der Versicherer über die für die Höher- oder Nachversicherung in Abschnitt I.3.1 und I.3.2 genannten Tarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Höher- bzw. Nachversicherung zu Sonderkonditionen in diese Tarife erklären.

Optionsrecht	Stichtag für die Wahrnehmung des Optionsrechtes	Sonderkonditionen
3.1 Option auf Höherversicherung durch Umstellung wahlweise in die Tarife: <ul style="list-style-type: none"> - A, ST und ZA - oder VE - oder VF. Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Umstellung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der/s gewählten Tarife/s zugrunde.	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn ³	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	Sofern der jeweilige Stichtag vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt:	
	b) der Monatserste nach Ablauf von 8 Jahren ab Beginn ³	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	c) der Monatserste nach Ablauf von 13 Jahren ab Beginn ³	Keine Wartezeiten. Erneute Gesundheitsprüfung. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif intro Privat, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 40 % betragen wird.
	d) ab dem unter c) genannten Zeitpunkt kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren	Keine Wartezeiten. Erneute Gesundheitsprüfung. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif intro Privat, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 60 % betragen wird
3.2 Option auf Nachversicherung wahlweise des Tarifes: <ul style="list-style-type: none"> - KSKT (Krankenhaus- und stationäres Kurtagegeld) - oder PT (Pflegetagegeld) mit maximal 60 EUR Tagegeldleistung	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn ³ , sofern dieser Stichtag nach Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	b) der Termin gemäß Abschnitt I.3.1 b) bis d), der als letzter vor der Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	

³Unter Beginn ist der für die versicherte Person geltende Beginn der Versicherung in Tarif intro|Privat zu verstehen; es sei denn, es bestand unmittelbar zuvor eine Krankheitskostenvollversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung. In diesen Fällen gilt der Beginn der Anwartschaftsversicherung bzw. der Beginn des Tarifes mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung im Sinne der Stichtagsregelung als Beginn.

II Leistungsbesonderheiten Tarifstufe intro|Privat 600

Es gelten die in Abschnitt I aufgeführten Bestimmungen, soweit nachstehend nichts anderes geregelt ist.

1. Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.1 Entsprechend Abschnitt I. 1.3.1 a) beträgt der Höchstbetrag in der Tarifstufe intro|Privat600

insgesamt: 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,
2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,
3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,
4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr,
5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr,
5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

1.2 Abweichend von Abschnitt I. 1.3.2 d) beträgt in der Tarifstufe intro|Privat600 der Erstattungssatz für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen

80 %.

für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat, erfolgt die Erstattung zu

100 %.

1.3 Abweichend von Abschnitt I. 1.3.2 c) beträgt in der Tarifstufe intro|Privat600 der Erstattungssatz für zahntechnische Leistungen bei Inlays

80 %.

2. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

2.1 Gesondert berechenbare Wahlleistungen

Abweichend von Abschnitt I. 1.4.5 sind in der Tarifstufe intro|Privat600 erstattungsfähig:

- gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen
- gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer

2.2 Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf gesondert berechenbare Wahlleistungen

2.2.1 Bei vollstationärer Unterbringung im Zweibettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung) besteht Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in Höhe von 60 EUR.

2.2.2 Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer (Verzicht auf Unterbringung im Zweibettzimmer) besteht Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in Höhe von 30 EUR.

2.2.3 Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer (Verzicht auf Unterbringung im Zweibettzimmer) und ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung) besteht Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in Höhe von 90 EUR.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif intro|Privat können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des auf den Geburtstag folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis

zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des auf den Geburtstag folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Abschnitt III.2 geregelt.

2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

3 Ergänzung zu § 8 b Abs. 1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif intro|Privat ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt.

Tarif intro|Privat-Spezial (intro|Privat-S)

für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung mit Optionsrechten für Personen mit Wohnsitz in Berlin (Ost) und in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)
und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung und Vorsorge

1.1.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) ambulante Untersuchung, Heilbehandlung und Geburtshilfe durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlung siehe Abschnitt I.1.1.1 b)) zu

- 100 %, wenn die Heilbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt (Primärarztprinzip). Als Primärarzt gelten ausschließlich der
- Hausarzt (Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. praktischer Arzt – jeweils ohne weitere Facharztbezeichnung),
 - Augenarzt,
 - Frauenarzt,
 - Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung¹,
 - Notarzt oder
 - Bereitschaftsarzt.

Der Hausarzt ist dem Versicherer im Versicherungsantrag, spätestens aber bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif sowie vor einem Wechsel des Hausarztes mit Name und Adresse schriftlich zu benennen.

Im besonders begründeten Ausnahmefall kann durch eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer abweichend ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung² als Hausarzt festgelegt werden.

- 100 %, wenn die Heilbehandlung zwar durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt erfolgt, diese aber zuvor von einem Primärarzt veranlasst wurde (Überweisung).

Die Überweisung durch den Primärarzt ist dem Versicherer zusammen mit der Facharztrechnung vorzulegen.

Bei Behandlungen durch einen Not- oder Bereitschaftsarzt muss aus der Rechnung hervorgehen, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- bzw. Bereitschaftsdienstes handelt.

- 75 %, wenn die Heilbehandlung durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt ohne vorherige Überweisung eines Primärarztes erfolgt.

- 75 % bei ärztlicher Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

- 100 % für Geburtshilfe.

b) ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte (auch Primärarzt) oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – maximal 30 Sitzungen pro Kalenderjahr – zu

- 100 %.

c) ambulante Geburtshilfe durch Hebamme bzw. Entbindungspfleger zu

- 100 %.

d) Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel sowie die Miete von

Überwachungsmonitoren für Säuglinge zu

- 85 %, wobei der 15 %ige Eigenanteil auf einen Höchstbetrag von 200 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist;

- 100 % ab Überschreiten des Eigenanteils von 200 EUR.

Der Eigenanteil verringert sich bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt, auf 100 EUR.

Zu den Heilmitteln gehören insbesondere

- Inhalationen,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie und Packungen,
- Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen.

Kleinere Hilfsmittel sind

- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden und
- Kompressionsstrümpfe.

Größere Hilfsmittel – jeweils einmal innerhalb eines Kalenderjahres – sind

- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenhund (erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung),
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparat,
- Gehstützen und
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind, und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt.

e) ambulante Kurbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort, wenn diese medizinisch notwendig und durch einen Primärarzt verordnet sind. Es gelten die in den Abschnitten I.1.1.1 a) und d) festgelegten Erstattungsprozentsätze für die bei einer ambulanten durchgeführten Kur anfallenden ärztlichen Leistungen, Arznei-, Verband- und Hilfsmittel. Diese Leistungen werden für höchstens 21 Tage innerhalb von zwei Kalenderjahren erbracht. Als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns.

Für Entziehungskuren bleibt § 5 (1) b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, unberührt.

f) Sehhilfen zu

- 75 %, maximal 125 EUR (Leistungshöchstbetrag) pro versicherte Person und innerhalb von zwei Kalenderjahren für alle Sehhilfen zusammen.

¹ Schwerpunktbezeichnungen von Kinderärzten sind z.B.: Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Kinder-Kardiologie, Neonatologie, Neo-pädiatrie

² Schwerpunktbezeichnungen von Internisten sind z.B.: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Dafür werden die Kosten des Kalenderjahres, in dem die Sehhilfen bezogen wurden, und die Kosten des vorhergehenden Kalenderjahres zusammengerechnet.

Sehhilfen sind

- Brillengläser und Brillengestelle sowie
- Kontaktlinsen.

- g) Notfalltransporte bis zu zweimal je Versicherungsfall zum nächst erreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt oder zur ambulanten Behandlung in das nächst erreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus zu

100 %.

- h) präventive Maßnahmen der Medizin zu

100 %.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte gemäß § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ohne Altersbegrenzungen und ohne festgelegte Zeitabstände,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

1.1.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten,
- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, findet in Tarif intro|Privat-Spezial keine Anwendung),
- Behandlungen, Untersuchungen und Verordnungen durch Heilpraktiker,
- Schutzimpfungen anlässlich einer Reise, aufgrund von Freizeitgewohnheiten oder aus beruflichen Gründen.

1.1.3 GKV-WSG

Die tarifliche Eigenleistung gemäß den Abschnitten 1.1.1 a), d), e) und f) ist je versicherte Person und Kalenderjahr insgesamt auf die in § 193 Abs. 3 VVG (s. Anhang) festgelegte maximale betragsmäßige Auswirkung begrenzt.

1.2 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.2.1 Leistungsbegrenzung

- a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß 1.1.2.2 zusammen errechnet sich höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

insgesamt: 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,
 2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,
 3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,
 4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr,
 5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr,
 5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

- b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und

- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays

angerechnet.

- c) Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

- d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.2.2 Erstattet werden Aufwendungen für

- a) vorbeugende Maßnahmen zu

100 %.

Vorbeugende Maßnahmen sind

- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

- b) Zahnbehandlung zu

100 %.

Zahnbehandlung sind

- allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

- c) Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) zu

100 % für die zahnärztliche Leistung;

60 % für zahntechnische Leistungen.

- d) Zahnersatz zu

60 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

- e) Zahn- und Kieferregulierung zu

100 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person liegt;

60 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet;

100 % für zahntechnische Leistungen, sofern die Versorgung nachweislich aufgrund eines Unfalls notwendig wurde und sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

- f) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

60 %.

1.2.3 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung

aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

1.3 Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

1.3.1 Erstattet werden Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich Stationsarzt- oder Assistenzarztbehandlung) in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, zu

100 %,

b) Belegarzt, freiberufliche Hebamme bzw. Entbindungspfleger, Beleghebamme bzw. Belegentbindungspfleger zu

100 %,

c) Krankentransport zum und vom nächsterreichbaren, gemäß Abschnitt I.1.3.1 a) versicherten und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) zu

100 %,

d) teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in einem gemäß Abschnitt I.1.3.1 a) versicherten Krankenhaus zu

100 %.

1.3.2 Bei einem Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik

Deutschland gelten Aufwendungen der niedrigsten Preiskategorie für Krankenhaus- und ärztliche Leistungen des Krankenhauses als erstattungsfähig; auch wenn die Aufwendungen dafür höher ausfallen sollten als für in diesem Tarif versicherte stationäre Heilbehandlung in Deutschland.

1.3.3 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer,
- Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (wie z. B. viele Privatkliniken; in Abweichung von § 4 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I) – es sei denn, es handelt sich um eine Notfallanweisung,
- assistierte Reproduktion („künstliche Befruchtung“) bei unerfülltem Kinderwunsch (§ 5 Abs. 1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, findet in Tarif intro|Privat-Spezial keine Anwendung).

1.4 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt - längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif intro|Privat-Spezial versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

1.5 Kalenderjahresregelung

1.5.1 Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

1.5.2 Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr. Dabei werden die Selbstbeteiligungen gemäß Abschnitt I.1.1.1 d) für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

1.6 Anpassung der Höchstbeträge

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die in diesem Tarif festgelegten Höchstbeträge zum Ausgleich von Wertveränderungen anzupassen sind.

Diese Anpassung ist nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder ihre Angemessenheit überprüft und der Änderung zugestimmt hat.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren

2.1 Ärzte und Zahnärzte

Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind bis zu den Regelhöchstbeträgen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Regelhöchstbeträgen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Regelhöchstsätze der GOÄ sind der 2,3fache Satz bei persönlichen Leistungen, der 1,8fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,15fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M der GOÄ (Laborleistungen) sowie Leistungen nach Ziffer 437 der GOÄ.

Regelhöchstsatz der GOZ ist der 2,3fache Satz.

2.2 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers sind bis zu den einfachen Höchstbeträgen der jeweiligen Gebührenverordnung für Hebammen erstattungsfähig.

2.3 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die gemäß Abschnitt I.2.1 bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.

2.4 Aufwendungen für Leistungen von Heilbehandlern im Ausland sind auch über diese Begrenzungen hinaus erstattungsfähig, sofern der Versicherungsfall akut und unvorhersehbar eingetreten ist und der höhere Rechnungsbetrag in den ortsüblichen Abrechnungsbedingungen und -höhen der Heilbehandler vor Ort begründet liegt.

3 Optionsrechte auf Höher- oder Nachversicherung

Über § 1 Abs. 6 sowie 6.1 bis 6.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, hinaus sind die in Abschnitt I.3.1 sowie I.3.2 aufgeführten Optionsrechte zur Ausweitung des Versicherungsschutzes zu Sonderkonditionen versichert.

Die Sonderkonditionen gelten unter folgenden Voraussetzungen:

a) Voraussetzungen für alle Optionsrechte gemäß Abschnitt I.3.1 und I.3.2:

- Von dem Optionsrecht wird zu einem der aufgeführten Stichtage Gebrauch gemacht.
- Die Höher- oder Nachversicherung wird spätestens zwei Monate vor dem gewählten Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragt.
- Für die versicherte Person besteht mit Tarif intro|Privat-Spezial erstmals eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer.

Als erstmalige Krankheitskostenvollversicherung gilt die Versicherung in Tarif intro|Privat-Spezial auch dann, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer zuvor ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung (bzw. anstelle dessen ein Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenversicherung) geführt worden ist.

- Das Versicherungsverhältnis nach Tarif intro|Privat-Spezial wurde für die versicherte Person nicht im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, begründet.

b) Zusätzliche Voraussetzungen für die Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1:

- Zur schriftlichen Beantragung des Optionsrechtes gemäß Abschnitt I.3.1 c) und d) wird der vom Versicherer vorgesehene Antragsvordruck einschließlich aller Gesundheitsfragen vollständig ausgefüllt, unterschrieben und beim Versicherer eingereicht.

c) Zusätzliche Voraussetzungen für die Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.1:

- Das Optionsrecht auf Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 wird nicht wahrgenommen.

Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung gemäß Abschnitt I.3.1 ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I,

geregelt. Bei Nachversicherung gemäß Abschnitt I.3.2 erfolgt die Beitragseinstufung im hinzukommenden Tarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im hinzukommenden Tarif erreicht hat.

Sind für die Versicherung in Tarif intro|Privat-Spezial besondere Vereinbarungen wie z. B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

Bietet der Versicherer über die für die Höher- oder Nachversicherung in Abschnitt I.3.1 und I.3.2 genannten Tarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Höher- bzw. Nachversicherung zu Sonderkonditionen in diese Tarife erklären.

Optionsrecht	Stichtag für die Wahrnehmung des Optionsrechtes	Sonderkonditionen
3.1 Option auf Höherversicherung durch Umstellung wahlweise in die Tarife: - A, ST und ZA - oder VE - oder VF. Dem neuen Versicherungsschutz liegen dann die zum Zeitpunkt der Umstellung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen der/s gewählten Tarife/s zugrunde.	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn ³	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	Sofern der jeweilige Stichtag vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt:	
	b) der Monatserste nach Ablauf von 8 Jahren ab Beginn ³	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	c) der Monatserste nach Ablauf von 13 Jahren ab Beginn ³	Keine Wartezeiten. Erneute Gesundheitsprüfung. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif intro Privat-Spezial, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 40 % betragen wird.
	d) ab dem unter c) genannten Zeitpunkt kontinuierlich nach jeweils weiteren fünf Jahren	Keine Wartezeiten. Erneute Gesundheitsprüfung. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den die versicherte Person wechseln will, höher oder umfassender sind als in Tarif intro Privat-Spezial, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, der nicht mehr als 60 % betragen wird.
3.2 Option auf Nachversicherung wahlweise des Tarifes: - KSKT (Krankenhaus- und stationäres Kurtagegeld) - oder PT (Pflegetagegeld) mit maximal 60 EUR Tagegeldleistung.	a) der Monatserste nach Ablauf von 3 Jahren ab Beginn ³ , sofern dieser Stichtag nach Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	Keine Wartezeiten. Keine erneute Gesundheitsprüfung.
	b) der Termin gemäß Abschnitt I.3.1 b) bis d), der als letzter vor der Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person liegt	

II Versicherungsfähigkeit und Fortführung

- 1 Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Berlin (Ost) oder in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen haben.
- 2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Aufgabe des ständigen Wohnsitzes einer versicherten Person in dem in Ziffer 1 genannten Gebiet innerhalb von zwei Monaten schriftlich mitzuteilen.
- 3 Bei Aufgabe des ständigen Wohnsitzes in dem in Ziffer 1 genannten Gebiet endet die Versicherung nach dem Tarif intro|Privat-Spezial. Die Versicherung wird in diesem Fall zum Ersten des Folgemonats unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte ohne erneute Risikoprüfung in den Tarifen A80, ST3/100 und ZA 90 fortgeführt.

Die Beitragseinstufung in den Zieltarifen ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

Sind für die Versicherung in Tarif intro|Privat-Spezial besondere Vereinbarungen wie z. B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Vereinbarungen getroffen, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

Anlässlich der Umstellung in die Tarife A80, ST3/100 und ZA 90 erhält der Versicherungsnehmer ein außerordentliches Kündigungsrecht zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit im Tarif intro|Privat-Spezial weggefallen ist. Die Kündigung muss innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Beendigungsgrundes schriftlich erklärt werden.

³Unter Beginn ist der für die versicherte Person geltende Beginn der Versicherung in Tarif intro|Privat-Spezial zu verstehen, es sei denn, es bestand unmittelbar zuvor eine Krankheitskostenvollversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung. In diesen Fällen gilt der Beginn der Anwartschaftsversicherung bzw. der Beginn des Tarifes mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung im Sinne der Stichtagsregelung als Beginn.

- 4 Das Recht, die Umwandlung der Versicherung in einen vergleichbaren Versicherungsschutz nach Maßgabe des § 1 Abs. 5 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, zu verlangen, bleibt davon unberührt.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif intro|Privat-Spezial können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des auf den Geburtstag folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des auf den Geburtstag folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und in Abschnitt III.2 geregelt.

2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

3 Ergänzung zu § 8 b Abs. 1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif intro|Privat-Spezial ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt.

Fassung 06.2006

Tarif ZZ-Spezial (ZZ-S) Ergänzungstarif für zahnärztliche Heilbehandlung für Versicherte nach Tarif intro|Privat-Spezial

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.1 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.1.1 Leistungsbegrenzung

- a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß I.1.1.2 zusammen errechnet sich höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

insgesamt: 1.000 EUR im 1. Kalenderjahr,
2.000 EUR im 1. bis 2. Kalenderjahr,
3.000 EUR im 1. bis 3. Kalenderjahr,
4.000 EUR im 1. bis 4. Kalenderjahr,
5.000 EUR im 1. bis 5. Kalenderjahr,
5.000 EUR jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

Maßgeblich für die genannten Zeiträume ist der Beginn der Versicherung nach Tarif ZZ-Spezial. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

- b) Auf den jeweiligen Höchstbetrag werden

- zuerst die für zahnärztliche Leistungen erstattungsfähigen Beträge für vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Inlays und
- danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für zahntechnische Leistungen für Inlays angerechnet.

- c) Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

- d) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.1.2 Erstattet werden Aufwendungen für

- a) Inlays (Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik) zu

20 % für zahntechnische Leistungen;

- b) Zahnersatz zu

20 % für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für prothetische Versorgung, orale Implantate, Kronen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen;

- c) Zahn- und Kieferregulierung zu

40 % für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet;

- d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen) zu

20 %.

1.1.3 Leistungsvoraussetzung

Für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren

Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach dem Tarif intro|Privat-Spezial.

3 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt – längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif ZZ-Spezial versicherten

Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

II Versicherungsfähigkeit

- 1 Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Krankheitskostenvollversicherung nach dem Tarif intro|Privat-Spezial besteht.
- 2 Die Versicherung in Tarif ZZ-Spezial endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – bei Beendigung des Tarifs intro|Privat-Spezial.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

- 1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif ZZ-Spezial können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des auf den Geburtstag folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden

Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des auf den Geburtstag folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und in Abschnitt III.2 geregelt.

- 2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

- 3 Ergänzung zu § 8 b Abs. 1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif ZZ-Spezial ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt.

Fassung 06.2006

Tarif ZF-Spezial (ZF-S) Ergänzungstarif für die direkte Facharztkonsultation für Versicherte nach Tarif intro|Privat-Spezial

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

- 1 Erstattungsfähige Aufwendungen

- 1.1 Ambulante Untersuchung und Heilbehandlung durch Fachärzte

Ergänzend zu Tarif intro|Privat-Spezial erhöht sich der Erstattungsprozentsatz durch Tarif ZF-Spezial bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes um 25 % auf

100 %.

- 2 Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren

Die Erstattungsfähigkeit von Heilbehandlerhonoraren richtet sich nach dem Tarif intro|Privat-Spezial.

- 3 Beitragsfreistellung nach Entbindung

Solange die versicherte Person im Anschluss an eine Entbindung keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird der Tarif für die versicherte Person beitragsfrei weitergeführt – längstens jedoch für sechs Monate. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Diese Regelung gilt sinngemäß für den in Tarif ZF-Spezial versicherten Vater, wenn er anstelle der Mutter in den ersten sechs Lebensmonaten des Kindes keine Erwerbstätigkeit ausübt.

II Versicherungsfähigkeit

- 1 Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Krankheitskostenvollversicherung nach dem Tarif intro|Privat-Spezial besteht.
- 2 Die Versicherung in Tarif ZF-Spezial endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – bei Beendigung des Tarifs intro|Privat-Spezial.

III Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil II

- 1 Änderung von § 8 a Abs. 1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif ZF-Spezial können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des auf den Geburtstag folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des auf den Geburtstag folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Abschnitt III.2 geregelt.

- 2 Änderung von § 13 Abs. 4.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Abschnitt III.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

- 3 Ergänzung zu § 8 b Abs. 1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif ZF-Spezial ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt.

Zusatzversicherung

Tarif EZ

für Eigenleistungen gesetzlich Versicherter bei Vorsorgeuntersuchungen, Naturheilverfahren und Arzneimitteln im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Zuzahlungen

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif EZ sind Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Wenn diese Voraussetzung nicht mehr gegeben ist, so ist dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

2 Leistungen des Versicherers

In Abweichung von § 1 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen in Deutschland.

2.1 Zuzahlungen gemäß § 61 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

2.1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, die

- a) bei Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers gemäß § 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V („Praxisgebühr“),
- b) bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 31 Abs. 3 SGB V,
- c) bei ärztlich verordneten Heilmitteln gemäß § 32 Abs. 2 SGB V,
- d) bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln gemäß § 33 Abs. 2 Satz 5 SGB V,
- e) bei häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 5 SGB V,
- f) bei ärztlich verordneter Soziotherapie gemäß § 37a Abs. 3 SGB V,
- g) bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 5 SGB V,
- h) bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V,
- i) bei medizinischen Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 6 SGB V,
- j) bei medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter gemäß § 24 Abs. 3 SGB V,
- k) bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter gemäß § 41 Abs. 3 SGB V,
- l) bei medizinischer Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 5 SGB V,
- m) bei Anschlussrehabilitation gemäß § 40 Abs. 6 SGB V,
- n) bei Fahrkosten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V

zu entrichten sind, weil sie berechtigterweise verlangt werden (Abschnitt 2.8 d) ist zu beachten).

2.1.2 Der Versicherer kann sich bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Abs. 5 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen.

2.2 Vorsorgeuntersuchungen

2.2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und Krebserkrankungen bei Erwachsenen (§ 25 Abs. 1 bzw. 2 SGB V), wenn diese öfter oder in anderen Lebensaltern als gesetzlich vorgesehen vorgenommen werden.

2.2.2 Darüber hinaus sind die im tariflichen Leistungsverzeichnis (s. Anhang) aufgeführten ärztlichen Gebühren für Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig.

2.2.3 Erstattungsfähigkeit von Rechnungen der Heilbehandler

Die Kosten für erbrachte ärztliche Leistungen im Sinne des Abschnittes 2.2 sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können und soweit sie den jeweiligen Regelhöchstsatz der GOÄ nicht überschreiten (Regelhöchstsatz gemäß GOÄ ist je nach Art der Leistung das 2,3-, 1,8- oder 1,15fache der Gebühr).

2.3 Ambulante Untersuchung und Behandlung nach Methoden der Naturheilkunde und nach außerschulmedizinischen Methoden

2.3.1 Soweit sie nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung nach Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- der Naturheilkunde,
- der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sowie
- nach anderen, außerschulmedizinischen Methoden

erstattungsfähig, sofern diese von einer der Mitglieds-Gesellschaften der Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e.V. anerkannt werden bzw. im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind.

Soweit in § 4 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, Einschränkungen enthalten sind, wird sich der Versicherer für den Leistungsbereich gemäß Abschnitt 2.3 nicht darauf berufen.

2.3.2 Als erstattungsfähig gelten ebenso die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- a) angewandten Heilmittel, sofern der Behandler diese Leistungen selbst erbracht hat oder diese unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden;
- b) verordneten Arznei- und Verbandmittel.

2.3.3 Erstattungsfähigkeit von Rechnungen der Heilbehandler

a) Ärztliche Leistungen

Die Kosten für erbrachte Leistungen im Sinne der Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2. a) sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können und soweit sie den jeweiligen Regelhöchstsatz der GOÄ nicht überschreiten (Regelhöchstsatz gemäß GOÄ ist je nach Art der Leistung das 2,3-, 1,8- oder 1,15fache der Gebühr).

b) Heilpraktiker

Die Kosten für erbrachte Leistungen im Sinne der Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2. a) sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die im GebüH 1985 aufgeführten Gebührensätze begrenzt, wobei bei angegebenem Gebührenrahmen maximal der jeweils untere Rahmenbetrag erstattungsfähig ist.

2.4 Arzneimittel

Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige medizinisch notwendige Arzneimittel, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen. Dazu gehören insbesondere Verordnungen nach den

Methoden der Naturheilkunde und der besonderen Therapierichtungen (homöopathische, phytotherapeutische, anthroposophische Mittel).

2.5 Sehhilfen

2.5.1 Für in Tarilstufe EZ 1 Versicherte: 150 EUR

Dieser Betrag ist für Brillengläser und Brillengestelle zusammen innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dabei werden zusammen mit einer etwaigen Vorleistung der GKV nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.5.2 Für in Tarilstufe EZ 2 Versicherte: 300 EUR

Dieser Betrag ist für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen zusammen innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dabei werden zusammen mit einer etwaigen Vorleistung der GKV nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.6 Einmaliges Kindergeld

2.6.1 Bei Geburt eines eigenen Kindes zahlt der Versicherer gegen Vorlage der Geburtsurkunde ein einmaliges Kindergeld zur Abgeltung von mit der Geburt anfallenden außergewöhnlichen Gesundheitsaufwendungen

- an jeden in Tarilstufe EZ 1 versicherten Elternteil in Höhe von 100 EUR
- an jeden in Tarilstufe EZ 2 versicherten Elternteil in Höhe von 150 EUR

2.6.2 Diese Leistung wird nicht auf den tariflichen Höchstleistungsbetrag gemäß Abschnitt 2.7.2 bzw. 2.7.3 angerechnet.

2.6.3 In Ergänzung zu § 1 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, gilt für den Leistungsbereich gemäß Abschnitt 2.6 auch die Geburt eines Kindes als Versicherungsfall.

Die Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen für diese Leistung.

Entsprechend § 2 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, steht die Adoption der Geburt gleich.

2.7 Tarilstufen / Höhe der Leistungen

2.7.1 Erstattungsprozentsätze und Höchstbeträge

Der Tarif EZ sieht alternativ die Tarilstufen EZ 1 und EZ 2 vor, die sich insbesondere hinsichtlich der Erstattungsprozentsätze und Höchstleistungsbeträge unterscheiden.

Die Versicherungsleistung ergibt sich aus der Anwendung der für die versicherten Leistungen gültigen Erstattungsprozentsätze auf die erstattungsfähigen Kosten. Sie wird begrenzt durch den Höchstleistungsbetrag der jeweils versicherten Tarilstufe (gilt gemäß 2.6.2 nicht für das einmalige Kindergeld).

2.7.2 Erstattungsprozentsatz je versicherte Leistung in Tarilstufe EZ 1:	
Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1	80 %
Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt 2.2	80 %
Ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt 2.3	40 %
Arzneimittel gemäß Abschnitt 2.4	40 %
Sehhilfen gemäß Abschnitt 2.5.1	100 % bis maximal 150 EUR
Höchstleistungsbetrag pro Kalenderjahr in Tarilstufe EZ 1:	
für alle Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bis 2.5 zusammen	750 EUR

2.7.3 Erstattungsprozentsatz je versicherte Leistung in Tarilstufe EZ 2:	
Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1	80 %
Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt 2.2	80 %
Ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt 2.3	80 %

Arzneimittel gemäß Abschnitt 2.4	80 %
Sehhilfen gemäß Abschnitt 2.5.2	100 % bis maximal 300 EUR
Höchstleistungsbetrag pro Kalenderjahr in Tarilstufe EZ 2:	
für alle Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bis 2.5 zusammen	1.500 EUR

2.7.4 Wird bei einer in Tarilstufe EZ 2 versicherten Person

- ein Herzinfarkt (Myokardinfarkt),
- ein Schlaganfall oder Gehirnschlag (Apoplexie, mit Ausnahme asymptotisch zerebraler Ischämien),
- ein bösartiger Tumor (Malignom),
- Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn (chronisch entzündliche Darmerkrankung) oder
- eine zystische Fibrose (Mukoviszidose)

erstmalig fachärztlich festgestellt, so gilt für diese Person für das Kalenderjahr der Diagnosestellung sowie für das darauffolgende Kalenderjahr jeweils der zweifache Höchstleistungsbetrag gemäß Abschnitt 2.7.3.

2.7.5 Die Belege für erstattungsfähige Aufwendungen eines Kalenderjahres gemäß Abschnitt 2.1 (Zuzahlungen) und 2.4 bzw. 2.3.2 b) (Arzneimittel) sind dem Versicherer einmalig pro Kalenderjahr gesammelt einzureichen.

Für Einreichungen von Belegen eines Kalenderjahres, die darüber hinaus erfolgen, vermindert sich der Erstattungsprozentsatz für Zuzahlungen bzw. Arznei- und Verbandmittel um zehn Prozentpunkte.

Der Versicherer wird keine Kürzung vornehmen, sofern die Summe der erstattungsfähigen Aufwendungen der erneuten Einreichung mindestens 250 EUR beträgt.

2.7.6 Die Höchstleistungsbeträge gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., wird der Höchstleistungsbetrag für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

2.7.7 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten betragsmäßigen Höchstsätze anzupassen sind.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

2.8 Einschränkung der Leistungspflicht

Nicht erstattungsfähig sind

- die gemäß § 31 Abs. 2 SGB V mögliche Differenz zwischen dem Apothekenpreis für ein ärztlich verordnetes Arznei- oder Verbandmittel und dem Festbetrag nach § 35 SGB V;
- die gemäß § 33 Abs. 2 SGB V mögliche Differenz zwischen dem Abgabepreis eines Leistungserbringers für ein ärztlich verordnetes Hilfsmittel und dem Festbetrag nach § 36 SGB V bzw. dem Vertragspreis nach § 127 SGB V;
- etwaige Mehrkosten, die gemäß § 13 SGB V ihre Ursache in einer Leistungsanspruchnahme durch Kostenerstattung haben (insbesondere Abschläge vom Erstattungsbetrag der GKV für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Eigenanteile aufgrund Begrenzung des Umfangs der Kostenerstattung auf die Sachleistungshöhe);
- Zuzahlungen oberhalb der für die versicherte Person gemäß § 62 SGB V geltenden Belastungsgrenze;
- Aufwendungen für Nähr-, Anregungs-, Stärkungsmittel (auch sexuelle) und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badeszusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden bzw. bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht;
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der GKV, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistung, Satzungsleistung oder Leistung im Rahmen von Modellvorhaben der GKV notwendig bleiben.

3 Pflichten des Versicherungsnehmers

- 3.1 Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers die Angehörigen von Heilberufen, Krankenanstalten, anderen gesetzlichen oder privaten Kranken- und Unfallversicherern gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht zu entbinden und zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.

Der Anspruch des Versicherungsnehmers wird nicht vor Eingang der Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht beim Versicherer fällig.

- 3.2 **In Ergänzung zu § 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und Teil II, gilt:**

Als Kostennachweis für geleistete Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1 ist die Quittung, die von dem zum Einzug Verpflichteten ausgestellt werden muss, vorzulegen.

Sofern bzgl. der versicherten Leistungen gemäß Abschnitt 2.2 bis 2.5 Anspruch auf Leistungen aus der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen.

- 3.3 Die Möglichkeit zur Befreiung von Zuzahlungen beim Träger der GKV gemäß § 62 SGB V wegen Überschreitens der individuellen Belastungsgrenze ist wahrzunehmen. Der Versicherer ist über jede erteilte Befreiung unverzüglich schriftlich zu informieren.

4 Versicherte Optionen auf Höher- oder Nachversicherung

- 4.1 **Höherversicherung von Tarifstufe EZ 1 in Tarifstufe EZ 2**

Für in Tarifstufe EZ 1 Versicherte, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, garantiert der Versicherer die Höherversicherung durch Umstellung in die Tarifstufe EZ 2 (Zieltarif).

Für die Höherversicherung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.1 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

- 4.2 **Nachversicherung in andere Zusatztarife**

Für in Tarifstufe EZ 2 versicherte Personen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, garantiert der Versicherer die Nachversicherung in

- Tarif GZ zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für Zahnersatz, Hilfsmittel sowie Auslandsreisen und / oder
- Tarif SZ bzw. SZ II zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus,

sofern die versicherte Person im jeweiligen Zieltarif versicherungsfähig ist.

Bietet der Versicherer über die genannten Zieltarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Nachversicherung in diese Tarife erklären.

Für die Nachversicherung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.1 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

- 4.3 **Nachversicherung / Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach GKV-Reformen**

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif EZ versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der GKV (Zieltarif), die in Reaktion auf zeitlich nach Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes in Kraft tretende Reformen der GKV vom Versicherer eingeführt werden. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

Für die Nachversicherung bzw. Umstellung gelten die in Abschnitt 4.5

aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.2 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

- 4.4 **Nachversicherung von Kindern**

Für in Tarifstufe EZ 2 versicherte Personen garantiert der Versicherer die Nachversicherung eigener Kinder in den Tarif EZ.

Die Nachversicherung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.3 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt (die Bestimmungen des § 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, zur Mitversicherung von Kindern ab Geburt gelten außerdem).

- 4.5 **Sonderkonditionen**

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnittes 4.6 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

- a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.
- b) Die Versicherungszeit im Tarif EZ wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.

Das gilt jedoch bei Nachversicherung in andere Zusatztarife gemäß Abschnitt 4.2 nicht für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Zieltarifs eingetreten sind und noch andauern.

- c) Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung bzw. Tarifumstellung ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

- d) Ist für die Versicherung in Tarif EZ ein Leistungsausschluss vereinbart, so wird dieser auch auf den neuen Versicherungsschutz übertragen.

Für Tarif EZ besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden auch im Zieltarif entsprechend angewendet.

- 4.6 **Stichtage**

- 4.6.1 Von dem gemäß Abschnitt 4.1 oder 4.2 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, die jeweils ab dem für die versicherte Person geltenden Beginn des Tarifes EZ gerechnet werden:

- zum 01.01. des vierten Jahres oder
- zum 01.01. des sechsten Jahres,

sofern der jeweilige Stichtag vor dem 40. Geburtstag der versicherten Person liegt.

Zusätzlich gilt als spätest möglicher Stichtag der Erste des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Der jeweilige Stichtag stellt den Beginn des Zieltarifes dar.

Beispiel:

Beginn der Versicherung nach Tarif EZ: 01.07.2004
Geburtsdatum der versicherten Person: 14.10.1970

Der Zieltarif beginnt entweder am:

- 1. Stichtag: 01.01.2008 (viertes Jahr)
- 2. Stichtag: 01.01.2010 (sechstes Jahr)
- oder 3. Stichtag: 01.11.2010 (nach 40. Geburtstag)

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

- 4.6.2 Von dem gemäß Abschnitt 4.3 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch gemacht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

4.6.3 Von dem gemäß Abschnitt 4.4 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, wobei der jeweilige Stichtag auch den Versicherungsbeginn des Kindes darstellt:

- zum Ersten des Monats, in dem das eigene Kind das 12. Lebensjahr vollendet, oder

- zum Ersten des Monats, in dem das eigene Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

Anhang

Leistungsverzeichnis der versicherten Vorsorgeuntersuchungen in Tarif EZ

a) besondere Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

- Neugeborenen Audio-Check: Untersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit (Hirnstammaudiometrie und Messung der otoakustischen Emissionen)
 - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb der ersten drei Lebensmonate
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 1406, 1409
- Kleinkind Schiel-Vorsorge: Augenärztliche Früherkennung auf Schwachsichtigkeit und Schielen
 - Anzahl / Intervall: einmalig zwischen dem 30. und 40. Lebensmonat
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 6, 1200, 1201, 1202, 1216
- Kinder-Intervall-Check für in Tarifstufe EZ 2 Versicherte: Wiederholung der gesetzlich eingeführten Kinder-Früherkennungs-Untersuchung, jeweils
 - Anzahl / Intervall: einmalig zwischen dem 13. und 20. Lebensmonat
einmalig zwischen dem 25. und 42. Lebensmonat
einmalig zwischen dem 49. und 59. Lebensmonat
einmalig im 7. Lebensjahr
einmalig im 9. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 718 oder 26
- Jugendlichen-Intervall-Check: Zusätzliche Durchführung der gesetzlich eingeführten Jugendgesundheitsuntersuchung (gesetzlicher Anspruch: einmalig zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr)
 - Anzahl / Intervall: einmalig im 11. Lebensjahr
einmalig im 16. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 26

b) Ergänzung von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs für in Tarifstufe EZ 2 Versicherte

- Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms mittels Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA)
 - Anzahl / Intervall: einmal innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 45. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 3908.H3, 250
- Auflichtmikroskopische Untersuchung zur Differentialdiagnostik von Hautveränderungen
 - Anzahl / Intervall: einmal innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 18. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 7, 750

c) besondere Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft für in Tarifstufe EZ 2 Versicherte

- „Baby-Fernsehen“: sonographische Schwangerschaftsuntersuchung bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften außerhalb der nach der Mutterschafts-Richtlinie vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen
 - Anzahl / Intervall: zweimal je Schwangerschaft
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 415
- zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft: Triple-Test zur Abschätzung des Risikos von Morbus Down (Trisomie 21) und Neuralrohrdefekten (z. B. „offener Rücken“) für den Fetus
 - Anzahl / Intervall: einmal je Schwangerschaft
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 3743, 4024, 4027, 250

d) allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für in Tarifstufe EZ 2 Versicherte

- Glaukom-Früherkennung: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit „Grüner Star“ mittels Messung des Augeninnendrucks, Spiegelung des Augenhintergrundes und Prüfung des Gesichtsfeldes
 - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 40. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 6, 1256
- Knochendichte-Messung bei Frauen: Osteodensitometrie zur Früherkennung der Osteoporose (Knochenschwund)
 - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 45. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 5380

¹ GOÄ – Gebührenordnung für Ärzte

Tarif GZplus

für zahnärztliche Leistungen und Hilfsmittel im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif GZplus sind Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind sowie Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundesgrenzschutz) Anspruch auf freie Heilfürsorge (Heilfürsorge) haben. Wenn diese Voraussetzung nicht mehr gegeben ist, so ist dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

2 Leistungen des Versicherers

Der Versicherer ist auch dann leistungspflichtig, wenn keine Vorleistung durch GKV oder Heilfürsorge erfolgt. Sind zustehende Leistungen der GKV oder Heilfürsorge für zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 oder Hilfsmittel gemäß Abschnitt 2.2 nicht in Anspruch genommen worden (z. B. bei privatärztlicher Behandlung durch Zahnärzte, die keine Vertragszahnärzte der GKV sind), so sind diese dennoch in der Höhe wie sie die GKV bzw. Heilfürsorge erbracht hätte entsprechend zu berücksichtigen.

2.1 Zahnärztliche Leistungen

2.1.1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen einschließlich der zugehörigen, gesondert berechenbaren Material- und Laborkosten für

a) Zahnersatz.

Dazu gehören die Aufwendungen für prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne, Suprakonstruktionen (implantatgetragener Zahnersatz; die Aufwendungen für den Implantatkörper und das Einbringen des Implantats werden gemäß Abschnitt 2.1.1 b) erstattet.) und die Reparatur von Zahnersatz.

Sie werden zu 40 % erstattet, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

b) Orale Implantate.

Das sind die Aufwendungen für Anästhesie, augmentativen Knochenaufbau (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial), implantologische Leistungen und Implantatkörper.

Erstattet werden einschließlich bereits vorhandener Implantate bis zu 4 Implantate im Oberkiefer und bis zu 4 Implantate im Unterkiefer.

Diese Aufwendungen, höchstens jedoch 500 EUR je Implantat, werden zu 60 % erstattet, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

Die Aufwendungen für implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktionen) werden gemäß Abschnitt 2.1.1 a) erstattet.

c) Inlays.

Inlays sind Einlagefüllungen aus Metall, Keramik oder Kunststoff. Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für Inlays, die über die Sachleistung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V hinausgehen.

Die Mehrkosten, höchstens jedoch 400 EUR je Inlay, werden zu 60 % erstattet.

Die gemäß § 28 Abs. 2 SGB V notwendige Mehrkostenvereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten ist dem Versicherer zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

d) Plastische Zahnfüllungen.

Das sind die Mehrkosten für lichthärtende Composites in Schicht- und Ätztechnik (plastische Zahnfüllungen aus Kunststoff), die über die Sachleistung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V hinausgehen.

Die Mehrkosten, höchstens jedoch 50 EUR je Füllung, werden zu 100 % erstattet.

Die gemäß § 28 Abs. 2 SGB V notwendige Mehrkostenvereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten ist dem Versicherer zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

e) Professionelle Zahnreinigung.

Das sind die zahnärztlichen Aufwendungen zur Entfernung von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen mit Handinstrumenten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten und Pulverstrahlgeräten sowie die zahnärztlichen Aufwendungen zur Erstellung eines Mundhygienestatus.

Diese Aufwendungen, höchstens jedoch 100 EUR je Kalenderjahr, werden zu 60 % erstattet.

Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen zur professionellen Zahnreinigung von einem niedergelassenen, approbierten Zahnarzt selbst oder unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden.

2.1.2 Leistungsvoraussetzungen

Für die in den Abschnitten 2.1.1 a) bis c) genannten Aufwendungen wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone oder eines Einzelinlays.

Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

2.1.3 Leistungshöchstsätze in den ersten Kalenderjahren

2.1.3.1 Für die Versicherungsleistungen der unter 2.1.1 genannten Maßnahmen gelten folgende Leistungshöchstsätze:

- a) 500 EUR insgesamt für alle Maßnahmen des ersten Kalenderjahres;
- b) 1.000 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten beiden Kalenderjahre;
- c) 1.500 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre;
- d) 2.000 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten vier Kalenderjahre;
- e) 2.500 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten fünf Kalenderjahre.

Die Leistungshöchstsätze gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

2.1.3.2 Entfall der Leistungshöchstsätze gemäß Abschnitt 2.1.3.1 bei Unfall

Werden zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt 2.1.1 aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Leistungshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Leistungshöchstsätze nicht angerechnet.

2.2 Hilfsmittel

2.2.1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:

- Brillen und Brillengestelle,
- Kontaktlinsen,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe,
- Orthopädische Schuhe,
- Hörhilfen (elektr. Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstühle, z. B. bei Querschnittslähmung,
- elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
- Blindenhund,
- Haarsersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparate,
- Gehstützen,
- Stützapparate einschl. Liegeschalen.

2.2.2 Für Brillen, Brillengestelle und Kontaktlinsen werden bis zu 100 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet – zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten.

Dabei werden die erstattungsfähigen Kosten des Kalenderjahres, in dem die Brille oder die Kontaktlinsen bezogen wurden und die erstattungsfähigen Kosten des vorhergehenden Kalenderjahres zusammen gerechnet.

2.2.3 Für alle anderen in Abschnitt 2.2.1 genannten Hilfsmittel werden 40 % erstattet, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten.

2.3 Auslandsreisen

2.3.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle. Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Heilbehandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

2.3.2 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats.

Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen entschädigungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht weiter Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2.3.3 Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme von Deutschland.

2.3.4 Bei Auslandsreisen finden die Regelungen in § 1 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 1 Abs. 4.1 bis 4.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, keine Anwendung.

2.3.5 Als Versicherungsfall gilt auch die Bestattung im Ausland bzw. die Überführung eines verstorbenen Versicherten, sofern dieser am Tage der Abreise das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.

2.3.6 Bei Auslandsreisen entfallen abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, die allgemeinen Wartezeiten und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

2.3.7 Leistungen

2.3.7.1 Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

- a) Heilbehandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;
- b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- c) Arznei- und Verbandmittel;
- d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;
- e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten, Sonderleistungen und dgl. in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;
- f) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;
- g) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
- h) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;
- i) Instandsetzung von Zahnersatz. Zu Zahnersatz gehören (einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten) prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen;
- j) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden;
- k) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

2.3.7.2 Mit Ausnahme der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

- a) Kosten für einen medizinisch notwendigen Krankenrücktransport einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson.

Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, ebenfalls vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa reisekrankenversichert ist.

Die medizinische Notwendigkeit für den Krankenrücktransport muss durch ein vor Beginn des Krankenrücktransportes ausgestellt ärztliches Attest nachgewiesen werden. Sie besteht, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird. Wird ein anderes Transportmittel gewählt, werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Rückreise schriftlich zugesagt hat.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankenrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen.

- b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland.
- c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Nr. 2.3.7.2 geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Nr. 2.3.7.2 b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt.

Die Leistungen gemäß Nr. 2.3.7.2 b) und c) gelten nicht für Personen, die am Tag der Abreise das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben.

2.3.7.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß den Abschnitten 2.3.7.1 und 2.3.7.2 werden zu 100 % erstattet.

Hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf Erstattung der in den Abschnitten 2.3.7.1 und 2.3.7.2 genannten Aufwendungen durch die GKV oder Heilfürsorge, mindert sich der Erstattungsanspruch aus dem Tarif *GZplus* entsprechend.

2.3.7.4 Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.7.1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 21 EUR gezahlt, wenn die GKV oder ein anderer Kostenträger mit mindestens 20 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.7.1 e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 41 EUR gezahlt.

2.4 Einschränkung der Leistungspflicht

Ergänzend zu § 5 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I gilt:

Wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.5 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten Leistungshöchstsätze gemäß Abschnitt 2.1.3.1 anzuwenden sind.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

Das gleiche gilt für die Höchstleistungsbeträge der in den Abschnitten 2.1.1 b) bis e), 2.2.2 und 2.3.7 genannten Aufwendungen, sowie die Beträge im Abschnitt 2.3.7.4.

3 Versicherte Optionen auf Nachversicherung

3.1 Nachversicherung in andere Zusatztarife

Für in Tarif *GZplus* versicherte Personen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, garantiert der Versicherer die Nachversicherung in

- Tarif EZ (Tarifstufe EZ 1 oder EZ 2) zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für Eigenleistungen bei Vorsorgeuntersuchungen, Naturheilverfahren und Arzneimitteln im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Zuzahlungen

und / oder

- Tarif SZ bzw. SZ II zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus

sofern die versicherte Person im jeweiligen Zieltarif versicherungsfähig ist.

Bietet der Versicherer über die genannten Zieltarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Nachversicherung in diese Tarife erklären.

Für die Nachversicherung gelten die in Abschnitt 3.4 genannten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 3.5.1 genannten Stichtagen beim Versicherer geltend macht.

3.2 Nachversicherung / Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach GKV-Reformen

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif *GZplus* versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der GKV (Zieltarife), die in Reaktion auf zeitlich nach der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes in Kraft tretende Reformen der GKV vom Versicherer eingeführt werden. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

Für die Nachversicherung bzw. Umstellung gelten die in Abschnitt 3.4 genannten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 3.5.2 genannten Stichtagen geltend macht.

3.3 Nachversicherung von Kindern

Für in Tarif *GZplus* versicherte Personen garantiert der Versicherer die Nachversicherung eigener Kinder in den Tarif *GZplus*.

Die Nachversicherung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu dem in Abschnitt 3.5.3 genannten Stichtag beim Versicherer geltend macht (die Bestimmungen des § 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, zur Mitversicherung von Kindern ab Geburt gelten außerdem).

3.4 Sonderkonditionen

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnitts 3.5 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

- a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.
- b) Die Versicherungszeit im Tarif *GZplus* wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.

Das gilt jedoch bei Nachversicherung in andere Zusatztarife gemäß Abschnitt 3.1 nicht für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Zieltarifs eingetreten sind und noch andauern.

- c) Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.
- d) Sind für die Versicherung in Tarif *GZplus* besondere Bedingungen wie z. B. Leistungsausschlüsse, besonders vereinbarte Beitragszuschläge oder sonstige besondere Bedingungen vereinbart, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz übertragen.

3.5 Stichtage

3.5.1 Von dem gemäß Abschnitt 3.1 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, die jeweils ab dem für die versicherte Person geltenden Beginn des Tarifes *GZplus* gerechnet werden:

- zum 01.01. des vierten Jahres,
- zum 01.01. des sechsten Jahres,

sofern der jeweilige Stichtag vor der Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person liegt.

Zusätzlich gilt als spätest möglicher Stichtag der Erste des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Der jeweilige Stichtag stellt den Beginn des Zieltarifs dar.

Beispiel:

Beginn der Versicherung nach Tarif GZplus: 01.04.2005
Geburtsdatum der versicherten Person: 14.10.1971

Der Zieltarif beginnt entweder am:

1. Stichtag: 01.01.2009 (viertes Jahr)
2. Stichtag: 01.01.2011 (sechstes Jahr)
- oder 3. Stichtag: 01.11.2011 (nach 40. Geburtstag)

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

3.5.2 Von dem gemäß Abschnitt 3.2 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch gemacht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer schriftlich geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

3.5.3 Von dem gemäß Abschnitt 3.3 versicherten Anrecht kann nur zu folgendem Stichtag Gebrauch gemacht werden, wobei der Stichtag auch den Versicherungsbeginn des Kindes darstellt:

- zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung des 16. Lebensjahres des eigenen Kindes folgt.

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem genannten Stichtag beim Versicherer schriftlich geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

Tarif GZ

für Zahnersatz und für Hilfsmittel im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)
und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif GZ sind:

- a) Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
- b) Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundespolizei) Anspruch auf freie Heilfürsorge (Heilfürsorge) haben.

Wenn diese Voraussetzung nicht mehr gegeben ist, so ist dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Zahnersatz

2.1.1 Erstattungsfähig sind nach Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge die Aufwendungen für:

Prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne und die Reparatur von Zahnersatz.

2.1.2 Erstattet werden 30 %, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 90 % der Kosten für die unter 2.1.1 genannten Gesamtaufwendungen.

2.1.3 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

2.2 Hilfsmittel

2.2.1 Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung nach Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge die Aufwendungen für die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:

- Brillen und Brillengestelle,
- Kontaktlinsen,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe,
- Orthopädische Schuhe,
- Hörhilfen (elektr. Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstühle, z. B. bei Querschnittslähmung,
- elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
- Blindenhund,
- Haarsersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparate,
- Gehstützen,
- Stützapparate einschl. Liegeschalen.

2.2.2 Für Brillen, Brillengestelle und Kontaktlinsen werden bis zu 80 EUR jährlich, zusammen mit der Vorleistung der GKV und der Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.2.3 Für alle anderen unter Punkt 2.2.1 genannten Hilfsmittel werden 20 %, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.3 Auslandsreisen

2.3.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle. Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages – ggf. abzüglich einer Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge. Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Behandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

2.3.2 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle –, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen leistungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht für weitere zwölf Wochen Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2.3.3 Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

2.3.4 Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung eines verstorbenen Versicherten, sofern dieser am Tage der Abreise das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.

2.3.5 Bei Auslandsreisen entfallen abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, die allgemeinen Wartezeiten und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

2.3.6 Leistungen

2.3.6.1 Der Versicherer erstattet nach Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

- a) Behandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;
- b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich verordnet sind und aus einer Apotheke bezogen werden;
- d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;
- e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten, Sonderleistungen und dgl. in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;
- f) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste;
- g) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
- h) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;
- i) Instandsetzung von Zahnersatz;

j) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden;

k) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

2.3.6.2 Mit Ausnahme der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport, einschließlich der Aufwendungen für eine mitversicherte Begleitperson, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu erwarten ist. Die Berechtigung des Anspruches auf Transportkosten muss durch Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Krankheitsbezeichnung nachgewiesen werden.

b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland.

c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Nr. 2.3.6.2 geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Nr. 2.3.6.2 b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt. Alle übrigen Kosten werden mit 100 % ohne Begrenzung erstattet.

Die Leistungen gemäß Nr. 2.3.6.2 b) und c) gelten nicht für Personen, die am Tag der Abreise das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben.

2.3.6.3 Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.6.1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 21 EUR gezahlt, wenn eine gesetzliche Krankenkasse oder ein Kostenträger mit mindestens 20 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.6.1 e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 41 EUR gezahlt.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Fassung 01.2010

Tarif dent|Privat (dent-P) für zahnärztliche Leistungen bei GKV-Versicherten

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähig sind:

Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.

II Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattet werden im Versicherungsfall Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder vorhandenen dauerhaften Zahnersatz sowie für Maßnahmen der Zahn- und Kieferregulierung bei Kindern, die durch Behandler mit Kassenzulassung durchgeführt werden. Die Gebühren bei privatärztlichen Rechnungen sind im tariflichen Umfang innerhalb der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig. Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie für vor Vertragsabschluss begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Erstattungsfähige Aufwendungen sind Leistungen für

1.1 Zahnersatzmaßnahmen

- zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen für
 - Kronen,
 - prothetische Versorgung,
 - Brücken,
 - orale Implantate,
 - implantatgetragenen Zahnersatz,
 - Eingliederung von Aufbissbehelfen und
 - Knirscherschienen.

1.2 Allgemeine Zahnbehandlungsmaßnahmen

- allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen oder Inlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- Maßnahmen zur Behandlung von Wurzelkrankungen und
- Erstellen eines Heil- und Kostenplans nach II.4.1.

1.3 Inlays / Onlays

- Einlagefüllungen aus Metall, Kunststoff oder Keramik.

1.4 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

- zahnärztliche Maßnahmen zur Diagnose, Behebung oder Besserung einer Störung der Funktion von Kiefergelenken, Kaumuskulatur und Zähnen.

1.5 Professionelle Zahnreinigung / Zahnprophylaxe

- zahnärztliche Leistungen zur Zahnreinigung:
 - Entfernung von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen mit Handinstrumenten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten und Pulverstrahlgeräten.
- zahnärztliche Leistungen zur Zahnprophylaxe:
 - Erstellung eines Mundhygienestatus,
 - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Verhinderung,
 - Fluoridierung von Zähnen,
 - Behandlung von überempfindlichen Zähnen und
 - Fissurenversiegelung.

1.6 Zahn- und Kieferregulierung bei Kindern

- zahnärztliche bzw. kieferorthopädische und zahntechnische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

2 Leistungsumfang

2.1 Leistungsumfang bei Aufwendungen nach II.1.1 bis II. 1.4

Erstattet werden unter Anrechnung der Vorleistung der GKV insgesamt

- a) 100 % der im Rahmen der Regelversorgung der GKV in Rechnung gestellten Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz, wenn die Rechnung keine privatärztlichen Vergütungsbestandteile enthält.
- b) 80 % der Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile enthält; mindestens werden die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung gemäß a) erster Halbsatz erstattungsfähig wären.

Bei Nachweis einer regelmäßigen ununterbrochenen jährlichen Teilnahme der versicherten Person an Vorsorgeuntersuchungen durch zahnärztliche Bestätigung (z.B. Vorlage des Bonusheftes) erhöht sich der maximale Erstattungsbetrag auf 85 % bei Nachweis von fünf Jahren und auf 90 % bei Nachweis von zehn Jahren.

Erfolgt eine Vorleistung der GKV nicht, wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet. Bei Leistungen nach II.1.1 beträgt dieser 40 % und bei Leistungen nach II.1.2 bis II.1.4 20 %. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

2.2 Leistungsumfang bei Aufwendungen nach II.1.5

- a) Erstattet werden Aufwendungen nach II.1.5 bis zu einem Gesamtbetrag von insgesamt 75 EUR je Kalenderjahr.
- b) Dieser Betrag erhöht sich einmalig um weitere 75 EUR im ersten Versicherungsjahr, wenn mit der ersten Rechnung über Maßnahmen nach II.1.5 zugleich ein vom Zahnarzt ausgestellter aktueller Zahnstatus eingereicht wird und die Maßnahmen innerhalb des ersten Jahres nach Versicherungsbeginn (erstes Versicherungsjahr) durchgeführt wurden. Für II.2.2 b) gelten die Wartezeiten gemäß § 3 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, nicht.

2.3 Leistungsumfang bei Aufwendungen nach II.1.6

Erstattet werden

- a) 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV besteht (KIG 1+2) bis höchstens 600 EUR je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.
- b) 80 % des Rechnungsbetrages der bei Abschluss einer Mehrkostenvereinbarung vom Leistungsanspruch gegen eine GKV nicht umfassten Leistungen bei KIG 3-5 bis höchstens 600 EUR je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung.

3 Leistungshöchstsätze im Tarif dent|Privat

3.1 Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß II.1.1 bis II.1.6 zusammen errechnet sich höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag (Höchstbetrag) von

- a) 750 EUR insgesamt für alle Maßnahmen des ersten Kalenderjahres;
- b) 1.500 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten beiden Kalenderjahre;
- c) 2.250 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre;
- d) 3.000 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten vier Kalenderjahre;

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die summenmäßige Begrenzung.

3.2 Auf den Höchstbetrag der jeweiligen Kalenderjahre werden zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

3.3 Zahntechnische Leistungen werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

3.4 Werden zahnärztliche Leistungen gemäß II.1 aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Leistungshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Leistungshöchstsätze nicht angerechnet.

3.5 Die in II.3.1 vorgesehenen Höchstbeträge nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

4 Leistungsvoraussetzungen

4.1 Heil- und Kostenplan

Erfolgt eine Leistung der GKV nicht, wird für Inlays, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Behandlers dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

4.2 Nachweis

Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV auf der jeweiligen Originalrechnung nachzuweisen.

III Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. oder 101. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

IV Ergänzung zu § 8 b Abs. 1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Im Tarif dent|Privat ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt.

Tarif dent|Komfort (dent-K) für zahnärztliche Leistungen bei GKV-Versicherten

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Versicherungsfähigkeit

1 Versicherungsfähigkeit:

Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.

II Leistungen des Versicherers

1 Verdoppelung des Festzuschusses

- 1.1 Erstattet werden im Versicherungsfall Aufwendungen für im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführte Zahnersatzmaßnahmen für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder vorhandenen dauerhaften Zahnersatz, für die ein Festzuschuss der GKV nach § 55 Abs. 1 SGB V tatsächlich gezahlt wird. Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie für vor Vertragsabschluss begonnene oder angeratene Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz. Zahnersatzmaßnahmen sind:

- Kronen,
- prothetische Versorgung,
- Brücken und
- implantatgetragener Zahnersatz

einschließlich

- der damit in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Aufwendungen für Material- und Laborkosten und
- der notwendig werdenden Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparatur).

1.2 Leistungshöchstsätze im Tarif dent|Komfort

Für die Versicherungsleistungen der unter II.1.1 aufgeführten Maßnahmen gelten folgende Leistungshöchstsätze:

- a) 300 EUR insgesamt für alle Maßnahmen des ersten Kalenderjahres;
- b) 600 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten beiden Kalenderjahre;
- c) 900 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten drei Kalenderjahre;
- d) 1.200 EUR insgesamt für alle Maßnahmen der ersten vier Kalenderjahre.

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die summenmäßige Begrenzung.

- 1.3 Werden zahnärztliche Leistungen gemäß II.1.1 aufgrund eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls notwendig, entfallen dafür die Leistungshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Leistungshöchstsätze nicht angerechnet.

- 1.4 Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach II.1.1 werden in gleicher Höhe wie der von der GKV gezahlte Festzuschuss erstattet. Bei anschließlicher Inanspruchnahme der Regelversorgung erfolgt eine Erstattung zu 100%. Insgesamt ist die Erstattung unter Anrechnung des von der GKV bezahlten Betrages und anderweitiger Versicherungsleistungen auf 100 % des Rechnungsbetrages begrenzt.

2 Leistungen für Zahnreinigung/Zahnprophylaxe und Zahnfüllungen

Zusätzlich zu den unter II.1 genannten Leistungen sind bis zu einem Gesamtbetrag von insgesamt 75 EUR je Kalenderjahr erstattungsfähig:

2.1 Professionelle Zahnreinigung / Zahnprophylaxe

Erstattet werden Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

- zur Entfernung von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen mit Handinstrumenten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten und Pulverstrahlgeräten,
- zur Erstellung eines Mundhygienestatus und
- zur Fissurenversiegelung.

2.2 Plastische Zahnfüllungen

Erstattet werden Aufwendungen für plastische Zahnfüllungen in der gleichen Höhe wie der Zuschuss, der von der GKV tatsächlich gezahlt wird.

- 2.3 In Rechnung gestellte Leistungen sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet sind und die dort festgesetzten Höchstsätze nicht überschreiten.

3 Leistungsvoraussetzungen

Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV auf der jeweiligen Originalrechnung nachzuweisen.

4 Kalenderjahresregelung

Die in II.1.2 und II.2 vorgesehenen Höchstsätze nach Kalenderjahren gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

III Beitragszahlung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem die versicherte Person das 16., 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91., 96. oder 101. Lebensjahr vollendet, der ihrem tariflichen Lebensalter entsprechende Neuzugangsbeitrag zu zahlen.

IV Ergänzung zu § 8 b Abs. 1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Im Tarif dent|Komfort ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt.

Tarif SZ

für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Leistungen des Versicherers

1.1 Kostenersatz

1.1.1 Nach Vorleistung des gesetzlichen Versicherers sind erstattungsfähig:

- a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten der Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,
- b) Arzthonorare,
- c) Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- eiserne Lunge,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

1.1.2 Falls ein Krankenhaus nicht nach Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, sind die Mehrkosten für die bessere Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer erstattungsfähig.

1.1.3 Wenn kein gesetzlicher Versicherer leistungspflichtig ist, werden die Kosten erstattet, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Versicherung hinausgehen.

1.1.4 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden auch die dadurch entstehenden Mehrkosten mit 100 % erstattet.

1.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenersatz

Wird vom Versicherungsnehmer nur auf eine der nachstehenden Leistungen verzichtet, zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

- bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung
60 EUR Krankenhaustagegeld

- bei Verzicht auf die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
40 EUR Krankenhaustagegeld.

1.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenersatz

Anstelle der Leistungen gemäß 1.1 und 1.2 zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus 100 EUR Krankenhaustagegeld, wenn auf Kostenersatz verzichtet wird oder dies für den Versicherungsnehmer günstiger ist.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarif SZ II

für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus mit Selbstbeteiligung bei Unterbringung im Zweibettzimmer

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif SZ II sind:

- a) Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind;
- b) Beihilfeberechtigte Personen und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern für diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, kein Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen im Krankenhaus besteht.

1.2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis nach Tarif

SZ II endet zum Ende des Monats, in dem der Versicherer von dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit Kenntnis erlangt hat.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Kostenerstattung

2.1.1 Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung oder Entbindung die Aufwendungen, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Beihilfe hinausgehen, und zwar:

a) die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (Zuschlag) für eine bessere Unterbringung im Zweibettzimmer;

b) bei privatärztlicher Behandlung die gesondert berechenbare Arzthonorare;

- c) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus, sofern unmittelbar eine vollstationäre Behandlung vorgesehen ist bzw. stattfind.

Die Aufwendungen gemäß a) und b) sind auch bei teilstationären Behandlungen sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattungsfähig.

- 2.1.2 Wird die versicherte Person in einem Einbettzimmer untergebracht, werden für die Versicherungsleistungen nach Abschnitt 2.1.1 a) die gesondert berechenbaren Kosten berücksichtigt, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Können solche Kosten nicht nachgewiesen werden, gelten 50 % des Zuschlages für die Unterbringung im Einbettzimmer als erstattungsfähig.

- 2.1.3 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden die dadurch entstehenden Mehrkosten zu 100 % erstattet, soweit sie für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz anfallen.

- 2.1.4 Kosten für die vom liquidationsberechtigten Chefarzt höchstpersönlich erbrachte Leistung der Operation selbst werden im tariflichen Rahmen bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. Das gilt jedoch nicht für sonstige, im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, insbesondere operationsvorbereitende und -begleitende ärztliche Verrichtungen einschließlich Narkose.

2.2 Selbstbeteiligung bei besserer Unterbringung

- 2.2.1 Für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung oder Entbindung, für den ein Zuschlag für bessere Unterbringung berechnet wird, ist vom Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung in Höhe dieses Zuschlages, maximal jedoch täglich 25 EUR, zu zahlen. Für jede ununterbrochene stationäre Heilbehandlung oder Entbindung ist diese Selbstbeteiligung für längstens zehn Tage zu zahlen; Beurlaubungen bis zu zwei Tage gelten nicht als Unterbrechung.

- 2.2.2 Bei der Erstattung von Arzthonoraren, Krankentransportkosten und Aufwendungen gemäß Abschnitt 2.1.3 ist keine Selbstbeteiligung zu zahlen.

- 2.2.3 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der „Card für Privatversicherte“ (PKV-Chipkarte).

2.3 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Der Versicherer zahlt mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus,

- a) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für bessere Unterbringung geltend gemacht werden,

oder

- b) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 60 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für privatärztliche Behandlung geltend gemacht werden.

2.4 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Wenn aus diesem Tarif keinerlei andere Versicherungsleistungen geltend gemacht werden, zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 90 EUR.

2.5 Leistungseinschränkungen

- 2.5.1 Für stationäre psychotherapeutische Behandlung besteht der Versicherungsschutz innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 30 Behandlungstage. Bei einer über ein Jahresende hinaus gehenden stationären psychotherapeutischen Behandlung beginnt der Versicherungsschutz am 1. Januar erneut, längstens jedoch wieder für 30 Behandlungstage.

- 2.5.2 Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung wegen Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung sind nur dann mitversichert, wenn sie aufgrund eines Unfalles notwendig werden. Zahntechnische Material- und Laborkosten sind jedoch auch in diesem Fall vom Versicherungsschutz ausgenommen.

2.6 Leistungsausschluss

Keine Leistungspflicht besteht für die im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für die in Beihilfevorschriften vorgesehenen Zuzahlungen (Eigenbeteiligungen).

3 Sonderregelung für Neugeborene

Abweichend von § 2 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers bei der Mitversicherung von Neugeborenen ab Geburt auf die Voraussetzung der Mindestvertragsdauer eines Elternteils verzichten.

4 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Fassung 01.2008

Tarif KSKT

Tagegeld bei vollstationären Behandlungen in einem Krankenhaus, in einer Kuranstalt oder in einem Sanatorium

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Allgemeine Bestimmungen

- 1.1 Das Tagegeld kann in ganzen Vielfachen von 5 EUR versichert werden. Es muss mindestens 15 EUR betragen.
- 1.2 Der Aufnahme- und der Entlassungstag einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung rechnen jeweils als ein voller Tag.

2 Tagegeld bei Aufenthalt in einem Krankenhaus

- 2.1 Für jeden Tag einer vollstationären Heilbehandlung der versicherten Person in einem Krankenhaus gemäß § 4 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, bzw. gemäß § 4 (4.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, wird Tagegeld gezahlt.

2.2 Begleitperson

Wird bei einer vollstationären Heilbehandlung eines versicherten Kindes (bis zum vollendeten 15. Lebensjahr) ein Elternteil oder ein

Großelternanteil zur Begleitung im Krankenhaus aufgenommen, so verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Tagegeld für die Dauer der Begleitung. Dies gilt nicht für die ersten zehn Tage nach der Geburt des versicherten Kindes. Eine Person gilt nicht als Begleitperson, solange sie selbst stationär behandelt wird. Durch eine Bescheinigung des Krankenhauses ist der Name der Begleitperson und die Dauer der Begleitung nachzuweisen.

2.3 Entbindungspauschale

Bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen Entbindung, der bis zu zehn Tage dauert, wird eine Pauschale von 10 Tagessätzen gezahlt. Ein weiterer Anspruch entsteht bei, aus medizinischen Gründen längerer Aufenthaltsdauer.

2.4 Bonus

Dauert eine vollstationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus insgesamt höchstens 7 Tage, so erhöht sich die Versicherungsleistung um die Hälfte (= Bonus), es sei denn, es wird aufgrund Ziffer 2.2 doppeltes Tagegeld oder aufgrund Ziffer 2.3 eine Entbindungspauschale gezahlt. Bei mehreren Krankenhausaufenthalten in einem Kalenderjahr, wird der Bonus gezahlt, wenn die Gesamtanzahl der Krankenhaustage höchstens 7 Tage im Kalenderjahr beträgt.

3 Tagegeld bei Aufenthalt in einer Kuranstalt oder in einem Sanatorium

3.1 Der Versicherer zahlt Tagegeld, insgesamt für höchstens 23 Aufenthaltstage innerhalb von drei Kalenderjahren, wenn die versicherte Person

- in einer Kuranstalt oder
- in einem Sanatorium oder
- in einer Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I,

vollstationär behandelt wird. Das gilt auch für eine vollstationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Anschlussheilbehandlung eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers.

3.2 Das Tagegeld beträgt bei Behandlungen nach Ziffer 3.1

- bis zum vollendeten 40. Lebensjahr 100 %,
- ab dem vollendeten 40. bis zum vollendeten 65. Lebensjahr 50 %,
- ab dem vollendeten 65. Lebensjahr 25 %

des Tagessatzes.

3.3 Der Versicherer zahlt bei einem Aufenthalt gemäß Ziffer 3.1 c) das Tagegeld nach Ziffer 2, wenn er dafür vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat oder wenn er sich aufgrund § 4 (5.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, auf eine fehlende Zusage nicht berufen kann.

4 Dynamisierung des Tagegeldes zur Realwerterhaltung

4.1 Voraussetzung

Für alle versicherten Personen, die zum Anpassungszeitpunkt mindestens zwei Jahre ununterbrochen nach Tarif KSKT versichert sind, wird das Tagegeld zur Werterhaltung erhöht.

4.2 Anpassungszeitpunkt

Der Versicherer erhöht das Tagegeld erstmals zum 1. Juli 2000 und danach in zweijährigen Abständen zum 1. Juli des betreffenden Jahres.

4.3 Leistungsanpassung

4.3.1 Im Jahr der Leistungsanpassung übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer vor dem Anpassungszeitpunkt einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der das neue Tagegeld, den Anpassungszeitpunkt und den neuen Beitrag enthält. Eventuell vereinbarte besondere Bedingungen (insbesondere Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) gelten auch für das hinzukommende Tagegeld.

4.3.2 Der Beitrag für das hinzukommende Tagegeld wird für die jeweilige versicherte Person nach deren Geschlecht und dem zum Anpassungszeitpunkt erreichten tariflichen Lebensalter (= Unterschied zwischen dem Jahr der Anpassung und dem Geburtsjahr) berechnet; Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht, wie der Tarifbeitrag. Es gelten die jeweils für Neueintretende gültigen technischen Berechnungsgrundlagen mit der darin enthaltenen Beitragstabelle. Alle weiteren Einzelheiten der Leistungsanpassung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

4.3.3 Das Tagegeld einer versicherten Person wird im selben Verhältnis erhöht, wie der durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung am 1. Januar des Jahres der Leistungsanpassung gegenüber dem 1. Januar des Vorjahres gestiegen ist. Der durchschnittliche Höchstbeitrag bemisst sich nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen (§ 247 SGB V) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3 SGB V). Das neue Tagegeld wird auf volle 5 EUR aufgerundet.

4.3.4 Ergibt der Zweijahresvergleich gemäß Ziffer 4.3.3 eine Senkung des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung, so kann auf Antrag des Versicherungsnehmers das Tagegeld einer versicherten Person unter Beachtung von Ziffer 1.1 entsprechend herabgesetzt werden.

4.4 Zustandekommen der Leistungsanpassung

Die Leistungsanpassung gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein schriftlich widerspricht. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherungsnehmer bei Zusendung des Nachtrages zum Versicherungsschein nochmals ausdrücklich hingewiesen.

4.5 Erlöschen des Rechts auf Leistungsanpassung

Das Recht auf weitere Anpassungen für eine versicherte Person erlischt, wenn der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person mehr als zweimal unmittelbar hintereinander widersprochen hat. Es kann jedoch auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

4.6 Sondervorteile

Eine Leistungsanpassung wird ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen. Der höhere Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten (§ 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und Teil II) auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle mit dem Anpassungszeitpunkt.

Ergänzungstarif KU für Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Der Abschluss des Ergänzungstarifs KU setzt voraus, dass beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

Fällt ein Grundtarif fort, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Ergänzungstarif KU.

1.2 Versicherbar sind Tagessätze in Vielfachen von 5 EUR, mindestens 10 EUR.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Für ärztlich verordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung wird ein Kurtagegeld gezahlt.

2.2 Bei Unterbringung in unter ständiger ärztlicher Aufsicht stehenden Kurkrankenanstalten (Sanatorien, Kurkliniken, Kurheimen oder Heilstätten) wird gegen einen Unterbringungsnachweis das versicherte Kurtagegeld in voller Höhe gezahlt.

2.3 Bei Aufenthalt in einem Heilbad oder Kurort zur ambulanten Kurbehandlung außerhalb des Wohnortes des Versicherten wird das versicherte Kurtagegeld zur Hälfte gezahlt.

2.4 Das Kurtagegeld wird für höchstens 28 Tage innerhalb von 2 Kalenderjahren gezahlt. Als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns.

2.5 Für Kuraufenthalte, die innerhalb von 4 Wochen nach einem mindestens 14tägigen Krankenhausaufenthalt beginnen, werden die Leistungen gem. 2.2 und 2.3 bis zu 42 Tagen gezahlt. Diese Leistungen werden auf die Leistungsgrenzen gem. 2.4 nicht angerechnet.

2.6 Gemäß § 5 (1) d) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger aus Tarif KU nicht geleistet.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarif EZ-E für Eigenleistungen gesetzlich Versicherter bei Vorsorgeuntersuchungen, Naturheilverfahren und Arzneimitteln im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Zuzahlungen zu einem besonderen Beitrag für Einsteiger

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähig nach Tarif EZ-E sind Personen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

1.2 Die Beendigung der Mitgliedschaft bei einem Träger der GKV ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ablauf des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

1.3 Die Versicherungsfähigkeit endet nach einer fünfjährigen Vertragsdauer, sofern keine Verlängerung nach Abschnitt 5.3 beantragt wird, in jedem Fall jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird.

2 Leistungen des Versicherers

In Abweichung von § 1 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen in Deutschland.

2.1 Zuzahlungen gemäß § 61 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

2.1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, die

a) bei Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahn-

ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers gemäß § 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V („Praxisgebühr“),

b) bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 31 Abs. 3 SGB V,

c) bei ärztlich verordneten Heilmitteln gemäß § 32 Abs. 2 SGB V,

d) bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln gemäß § 33 Abs. 2 Satz 5 SGB V,

e) bei häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 5 SGB V,

f) bei ärztlich verordneter Soziotherapie gemäß § 37a Abs. 3 SGB V,

g) bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 5 SGB V,

h) bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V,

i) bei medizinischen Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 6 SGB V,

j) bei medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter gemäß § 24 Abs. 3 SGB V,

k) bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter gemäß § 41 Abs. 3 SGB V,

l) bei medizinischer Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 5 SGB V,

m) bei Anschlussrehabilitation gemäß § 40 Abs. 6 SGB V,

n) bei Fahrkosten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V

zu entrichten sind, weil sie berechtigterweise verlangt werden (Abschnitt 2.8 d) ist zu beachten).

2.1.2 Der Versicherer kann sich bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Abs. 5 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen.

2.2 Vorsorgeuntersuchungen

2.2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und Krebserkrankungen bei Erwachsenen (§ 25 Abs. 1 bzw. 2 SGB V), wenn diese öfter oder in anderen Lebensaltern als gesetzlich vorgesehen vorgenommen werden.

2.2.2 Darüber hinaus sind die im tariflichen Leistungsverzeichnis (s. Anhang) aufgeführten ärztlichen Gebühren für Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig.

2.2.3 Erstattungsfähigkeit von Rechnungen der Heilbehandler

Die Kosten für erbrachte ärztliche Leistungen im Sinne des Abschnittes 2.2 sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können und soweit sie den jeweiligen Regelhöchstsatz der GOÄ nicht überschreiten (Regelhöchstsatz gemäß GOÄ ist je nach Art der Leistung das 2,3-, 1,8- oder 1,15fache der Gebühr).

2.3 Ambulante Untersuchung und Behandlung nach Methoden der Naturheilkunde und nach außerschulmedizinischen Methoden

2.3.1 Soweit sie nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung nach Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- der Naturheilkunde,
- der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sowie
- nach anderen, außerschulmedizinischen Methoden

erstattungsfähig, sofern diese von einer der Mitglieds-Gesellschaften der Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e.V. anerkannt werden bzw. im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind.

Soweit in § 4 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, Einschränkungen enthalten sind, wird sich der Versicherer für den Leistungsbereich gemäß Abschnitt 2.3 nicht darauf berufen.

2.3.2 Als erstattungsfähig gelten ebenso die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) angewandten Heilmittel, sofern der Behandler diese Leistungen selbst erbracht hat oder diese unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden;

b) verordneten Arznei- und Verbandmittel.

2.3.3 Erstattungsfähigkeit von Rechnungen der Heilbehandler

a) Ärztliche Leistungen

Die Kosten für erbrachte Leistungen im Sinne der Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2. a) sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können und soweit sie den jeweiligen Regelhöchstsatz der GOÄ nicht überschreiten (Regelhöchstsatz gemäß GOÄ ist je nach Art der Leistung das 2,3-, 1,8- oder 1,15fache der Gebühr).

b) Heilpraktiker

Die Kosten für erbrachte Leistungen im Sinne der Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2. a) sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die im GebüH 1985 aufgeführten Gebührensätze begrenzt, wobei bei angegebenem Gebührenrahmen maximal der jeweils untere Rahmenbetrag erstattungsfähig ist.

2.4 Arzneimittel

Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige medizinisch notwendige Arzneimittel, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen. Dazu gehören insbesondere Verordnungen nach den Methoden der Naturheilkunde und der besonderen Therapierichtungen (homöopathische, phytotherapeutische, anthroposophische Mittel).

2.5 Sehhilfen

2.5.1 Für in Tarifstufe EZ-E 1 Versicherte: 150 EUR

Dieser Betrag ist für Brillengläser und Brillengestelle zusammen innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dabei werden zusammen mit einer etwaigen Vorleistung der GKV nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.5.2 Für in Tarifstufe EZ-E 2 Versicherte: 300 EUR

Dieser Betrag ist für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen zusammen innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dabei werden zusammen mit einer etwaigen Vorleistung der GKV nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.6 Einmaliges Kindergeld

2.6.1 Bei Geburt eines eigenen Kindes zahlt der Versicherer gegen Vorlage der Geburtsurkunde ein einmaliges Kindergeld zur Abgeltung von mit der Geburt anfallenden außergewöhnlichen Gesundheitsaufwendungen

a) an jeden in Tarifstufe EZ-E 1 versicherten Elternteil in Höhe von 100 EUR

b) an jeden in Tarifstufe EZ-E 2 versicherten Elternteil in Höhe von 150 EUR

2.6.2 Diese Leistung wird nicht auf den tariflichen Höchstleistungsbetrag gemäß Abschnitt 2.7.2 bzw. 2.7.3 angerechnet.

2.6.3 In Ergänzung zu § 1 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, gilt für den Leistungsbereich gemäß Abschnitt 2.6 auch die Geburt eines Kindes als Versicherungsfall.

Die Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen für diese Leistung. Entsprechend § 2 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, steht die Adoption der Geburt gleich.

2.7 Tarifstufen / Höhe der Leistungen

2.7.1 Erstattungsprozentsätze und Höchstbeträge

Der Tarif EZ-E sieht alternativ die Tarifstufen EZ-E 1 und EZ-E 2 vor, die sich insbesondere hinsichtlich der Erstattungsprozentsätze und Höchstleistungsbeträge unterscheiden.

Die Versicherungsleistung ergibt sich aus der Anwendung der für die versicherten Leistungen gültigen Erstattungsprozentsätze auf die erstattungsfähigen Kosten. Sie wird begrenzt durch den Höchstleistungsbetrag der jeweils versicherten Tarifstufe (gilt gemäß 2.6.2 nicht für das einmalige Kindergeld).

2.7.2 Erstattungsprozentsatz je versicherte Leistung in Tarifstufe EZ-E 1:	
Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1	80 %
Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt 2.2	80 %
ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt 2.3	40 %
Arzneimittel gemäß Abschnitt 2.4	40 %
Sehhilfen gemäß Abschnitt 2.5.1	100 % bis maximal 150 EUR
Höchsterleistungsbetrag pro Kalenderjahr in Tarifstufe EZ-E 1:	
für alle Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bis 2.5 zusammen	750 EUR

2.7.3 Erstattungsprozentsatz je versicherte Leistung in Tariffstufe EZ-E 2:	
Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1	80 %
Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt 2.2	80 %
ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt 2.3	80 %
Arzneimittel gemäß Abschnitt 2.4	80 %
Sehhilfen gemäß Abschnitt 2.5.2	100 % bis maximal 300 EUR
Höchsterstattungsbetrag pro Kalenderjahr in Tariffstufe EZ-E 2:	
für alle Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bis 2.5 zusammen	1.500 EUR

2.7.4 Wird bei einer in Tariffstufe EZ-E 2 versicherten Person

- ein Herzinfarkt (Myokardinfarkt),
- ein Schlaganfall oder Gehirnschlag (Apoplexie, mit Ausnahme asymptomatisch zerebraler Ischämien),
- ein bösartiger Tumor (Malignom),
- Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn (chronisch entzündliche Darmerkrankung) oder
- eine zystische Fibrose (Mukoviszidose)

erstmals fachärztlich festgestellt, so gilt für diese Person für das Kalenderjahr der Diagnosestellung sowie für das darauffolgende Kalenderjahr jeweils der zweifache Höchstleistungsbetrag gemäß 2.7.3.

2.7.5 Die Belege für erstattungsfähige Aufwendungen eines Kalenderjahres gemäß Abschnitt 2.1 (Zuzahlungen) und 2.4 bzw. 2.3.2 b) (Arzneimittel) sind dem Versicherer einmalig pro Kalenderjahr gesammelt einzureichen.

Für Einreichungen von Belegen eines Kalenderjahres, die darüber hinaus erfolgen, vermindert sich der Erstattungsprozentsatz für Zuzahlungen bzw. Arznei- und Verbandmittel um zehn Prozentpunkte. Der Versicherer wird keine Kürzung vornehmen, sofern die Summe der erstattungsfähigen Aufwendungen der erneuten Einreichung mindestens 250 EUR beträgt.

2.7.6 Die Höchstleistungsbeträge gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., wird der Höchstleistungsbetrag für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

2.7.7 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherer, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten betragsmäßigen Höchstsätze anzupassen sind.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

2.8 Einschränkung der Leistungspflicht

Nicht erstattungsfähig sind

- die gemäß § 31 Abs. 2 SGB V mögliche Differenz zwischen dem Apothekenpreis für ein ärztlich verordnetes Arznei- oder Verbandmittel und dem Festbetrag nach § 35 SGB V;
- die gemäß § 33 Abs. 2 SGB V mögliche Differenz zwischen dem Abgabepreis eines Leistungserbringers für ein ärztlich verordnetes Hilfsmittel und dem Festbetrag nach § 36 SGB V bzw. dem Vertragspreis nach § 127 SGB V;
- etwaige Mehrkosten, die gemäß § 13 SGB V ihre Ursache in einer Leistungsanspruchnahme durch Kostenerstattung haben (insbesondere Abschläge vom Erstattungsbetrag der GKV für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Eigenanteile aufgrund Begrenzung des Umfangs der Kostenerstattung auf die Sachleistungshöhe);
- Zuzahlungen oberhalb der für die versicherte Person gemäß § 62 SGB V geltenden Belastungsgrenze;

e) Aufwendungen für Nähr-, Anregungs-, Stärkungsmittel (auch sexuelle) und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden bzw. bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht;

f) Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der GKV, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistung, Satzungsleistung oder Leistung im Rahmen von Modellvorhaben der GKV notwendig bleiben.

3 Pflichten des Versicherungsnehmers

3.1 Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers die Angehörigen von Heilberufen, Krankenanstalten, anderen gesetzlichen oder privaten Kranken- und Unfallversicherern gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht zu entbinden und zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.

Der Anspruch des Versicherungsnehmers wird nicht vor Eingang der Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht beim Versicherer fällig.

3.2 In Ergänzung zu § 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und Teil II, gilt:

Als Kostennachweis für geleistete Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1 ist die Quittung, die von dem zum Einzug Verpflichteten ausgestellt werden muss, vorzulegen.

Sofern bzgl. der versicherten Leistungen gemäß Abschnitt 2.2 bis 2.5 Anspruch auf Leistungen aus der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen.

3.3 Die Möglichkeit zur Befreiung von Zuzahlungen beim Träger der GKV gemäß § 62 SGB V wegen Überschreitens der individuellen Belastungsgrenze ist wahrzunehmen. Der Versicherer ist über jede erteilte Befreiung unverzüglich schriftlich zu informieren.

3.4 Mit Wirksamwerden der Tarifumstellung nach Abschnitt 5 ist der für die Tariffstufe EZ 1 bzw. EZ 2 geltende Beitrag zu entrichten. Dieser richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Tarifumstellung erreichten Eintrittsalter gemäß § 8 a Abs. 1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II.

3.5 Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird für eine versicherte Person abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, das bei Beginn der jeweils vereinbarten Tariffstufe EZ-E 1 bzw. EZ-E 2 geltende tarifliche Eintrittsalter zugrunde gelegt. Tritt jedoch die Beitragsanpassung nach Vereinbarung einer Verlängerung gemäß Abschnitt 5.3 in Kraft, wird das bei Beginn der Verlängerung geltende tarifliche Eintrittsalter zugrunde gelegt.

4 Versicherte Optionen auf Höher- oder Nachversicherung

4.1 Höherversicherung von Tariffstufe EZ-E 1 in Tariffstufe EZ-E 2

Für in Tariffstufe EZ-E 1 Versicherte garantiert der Versicherer die Höherversicherung durch Umstellung in die Tariffstufe EZ-E 2 (Zieltarif).

Für die Höherversicherung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.1 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

4.2 Nachversicherung in andere Zusatztarife

Für in Tariffstufe EZ-E 2 versicherte Personen garantiert der Versicherer die Nachversicherung in

- Tarif GZ zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für Zahnersatz, Hilfsmittel sowie Auslandsreisen und / oder
- Tarif SZ bzw. SZ II zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus,

sofern die versicherte Person im jeweiligen Zieltarif versicherungsfähig ist.

Bietet der Versicherer über die genannten Zieltarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Nachversicherung in diese Tarife erklären.

Für die Nachversicherung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.1 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

4.3 Nachversicherung / Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach GKV-Reformen

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif EZ-E versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der GKV (Zieltarif), die in Reaktion auf zeitlich nach Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes in Kraft tretende Reformen der GKV vom Versicherer eingeführt werden. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

Für die Nachversicherung bzw. Umstellung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.2 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

4.4 Nachversicherung von Kindern

Für in Tarifstufe EZ-E 2 versicherte Personen garantiert der Versicherer die Nachversicherung eigener Kinder in den Tarif EZ-E.

Die Nachversicherung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.3 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt (die Bestimmungen des § 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, zur Mitversicherung von Kindern ab Geburt gelten außerdem).

4.5 Sonderkonditionen

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnittes 4.6 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

- Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.
- Die Versicherungszeit im Tarif EZ-E wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.

Das gilt jedoch bei Nachversicherung in andere Zusatztarife gemäß Abschnitt 4.2 nicht für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Zieltarifs eingetreten sind und noch andauern.

- Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung bzw. Tarifumstellung ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

- Ist für die Versicherung in Tarif EZ-E ein Leistungsausschluss vereinbart, so wird dieser auch auf den neuen Versicherungsschutz übertragen.

Für Tarif EZ-E besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden auch im Zieltarif entsprechend angewendet.

4.6 Stichtage

- 4.6.1 Von dem gemäß Abschnitt 4.1 oder 4.2 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, die jeweils ab dem für die versicherte Person geltenden Beginn des Tarifes EZ-E gerechnet werden:

- zum 01.01. des vierten Jahres oder
- zum 01.01. des sechsten Jahres (bei einem nach Abschnitt 5.3 verlängerten Tarif),

sofern der jeweilige Stichtag vor dem 40. Geburtstag der versicherten Person liegt.

Zusätzlich gilt als spätest möglicher Stichtag der Erste des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Der jeweilige Stichtag stellt den Beginn des Zieltarifes dar.

Beispiel:

Beginn der Versicherung nach Tarif EZ-E: 01.07.2004
Geburtsdatum der versicherten Person: 14.10.1970

Der Zieltarif beginnt entweder am:

1. Stichtag: 01.01.2008 (viertes Jahr)
2. Stichtag: 01.01.2010 (sechstes Jahr)
- oder 3. Stichtag: 01.11.2010 (nach 40. Geburtstag)

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

- 4.6.2 Von dem gemäß Abschnitt 4.3 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch gemacht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

- 4.6.3 Von dem gemäß Abschnitt 4.4 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, wobei der jeweilige Stichtag auch den Versicherungsbeginn des Kindes darstellt:

- zum Ersten des Monats, in dem das eigene Kind das 12. Lebensjahr vollendet, oder
- zum Ersten des Monats, in dem das eigene Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

5 Umstellung des Tarifes EZ-E in Tarif EZ

5.1 Während des Bestehens des Tarifes EZ-E kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich die Umstellung

- der Tarifstufe EZ-E 1 in die Tarifstufe EZ 1 bzw.
- der Tarifstufe EZ-E 2 in die Tarifstufe EZ 2

zum Ersten des Monats verlangen, der auf den Zugang seiner Erklärung beim Versicherer folgt.

- 5.2 Der Tarif EZ-E wird für eine versicherte Person zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung einer fünfjährigen Vertragsdauer folgt, in den Tarif EZ umgestellt, in jedem Fall jedoch zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres folgt. Dabei wird die Tarifstufe EZ-E 1 in die Tarifstufe EZ 1 und die Tarifstufe EZ-E 2 in die Tarifstufe EZ 2 umgestellt.

- 5.3 Wird der Tarif EZ-E für eine versicherte Person vor Vollendung des 40. Lebensjahres wegen Erreichen der fünfjährigen Versicherungsdauer in den Tarif EZ umgestellt, kann der Versicherungsnehmer bei Arbeitslosigkeit oder einer außergewöhnlichen wirtschaftlichen Notlage einmalig eine Verlängerung des Tarifes EZ-E um weitere fünf Jahre beantragen, längstens jedoch bis zum Ende des Monats, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird. Die Verlängerung kann innerhalb von zwei Monaten nach Umstellung in den Tarif EZ beantragt werden.

Der Beitrag richtet sich ab der Verlängerung nach dem zu Beginn der Verlängerung geltenden tariflichen Eintrittsalter; Abschnitt 3.5 bleibt unberührt.

Nach Ablauf der Verlängerung wird der Tarif EZ-E zum Ersten des Folgemonats in den Tarif EZ umgestellt.

- 5.4 Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

Anhang

Leistungsverzeichnis der versicherten Vorsorgeuntersuchungen in Tarif EZ-E

a) besondere Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

- Neugeborenen Audio-Check: Untersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit (Hirnstammaudiometrie und Messung der otoakustischen Emissionen)
 - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb der ersten drei Lebensmonate
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 1406, 1409
- Kleinkind Schiel-Vorsorge: Augenärztliche Früherkennung auf Schwachsichtigkeit und Schielen
 - Anzahl / Intervall: einmalig zwischen dem 30. und 40. Lebensmonat
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 6, 1200, 1201, 1202, 1216
- Kinder-Intervall-Check für in Tarifstufe EZ-E 2 Versicherte: Wiederholung der gesetzlich eingeführten Kinder-Früherkennungs-Untersuchung, jeweils
 - Anzahl / Intervall: einmalig zwischen dem 13. und 20. Lebensmonat
einmalig zwischen dem 25. und 42. Lebensmonat
einmalig zwischen dem 49. und 59. Lebensmonat
einmalig im 7. Lebensjahr
einmalig im 9. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 718 oder 26
- Jugendlichen-Intervall-Check: Zusätzliche Durchführung der gesetzlich eingeführten Jugendgesundheitsuntersuchung (gesetzlicher Anspruch: einmalig zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr)
 - Anzahl / Intervall: einmalig im 11. Lebensjahr
einmalig im 16. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 26

b) Ergänzung von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs für in Tarifstufe EZ-E 2 Versicherte

- Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms mittels Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA)
 - Anzahl / Intervall: einmal innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 45. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 3908.H3, 250
- Auflichtmikroskopische Untersuchung zur Differentialdiagnostik von Hautveränderungen
 - Anzahl / Intervall: einmal innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 18. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 7, 750

c) besondere Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft für in Tarifstufe EZ-E 2 Versicherte

- „Baby-Fernsehen“: sonographische Schwangerschaftsuntersuchung bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften außerhalb der nach der Mutterschafts-Richtlinie vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen
 - Anzahl / Intervall: zweimal je Schwangerschaft
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 415
- zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft: Triple-Test zur Abschätzung des Risikos von Morbus Down (Trisomie 21) und Neuralrohrdefekten (z. B. „offener Rücken“) für den Fetus 281,5 mm
 - Anzahl / Intervall: einmal je Schwangerschaft
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 3743, 4024, 4027, 250

d) allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für in Tarifstufe EZ-E 2 Versicherte

- Glaukom-Früherkennung: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit „Grüner Star“ mittels Messung des Augeninnendrucks, Spiegelung des Augenhintergrundes und Prüfung des Gesichtsfeldes
 - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 40. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 6, 1256
- Knochendichte-Messung bei Frauen: Osteodensitometrie zur Früherkennung der Osteoporose (Knochenschwund)
 - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 45. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 5380

¹ GOÄ – Gebührenordnung für Ärzte

Tarif GZ-E

für Zahnersatz und für Hilfsmittel im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen zu einem besonderen Beitrag für Einsteiger

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)
und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Versicherungsfähig nach Tarif GZ-E sind Personen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
 - aus einem öffentlichen Dienstverhältnis (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundespolizei) Anspruch auf freie Heilfürsorge (Heilfürsorge) haben.
- 1.2 Die Beendigung der Mitgliedschaft bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ablauf des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.
- 1.3 Die Versicherungsfähigkeit endet nach einer fünfjährigen Vertragsdauer, sofern keine Verlängerung nach Abschnitt 3.3 beantragt wird, in jedem Fall jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Zahnersatz

- 2.1.1 Erstattungsfähig sind nach Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge die Aufwendungen für:

Prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne und die Reparatur von Zahnersatz.

- 2.1.2 Erstattet werden 30 %, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 90 % der Kosten für die unter 2.1.1 genannten Gesamtaufwendungen.

2.1.3 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

2.2 Hilfsmittel

- 2.2.1 Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung nach Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge die Aufwendungen für die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:

- Brillen und Brillengestelle,
- Kontaktlinsen,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe,
- Orthopädische Schuhe,
- Hörhilfen (elektr. Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstühle, z. B. bei Querschnittslähmung,
- elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,

- Blindenhund,
- Haarsersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparate,
- Gehstützen,
- Stützapparate einschl. Liegeschalen.

- 2.2.2 Für Brillen, Brillengestelle und Kontaktlinsen werden bis zu 80 EUR jährlich, zusammen mit der Vorleistung der GKV und der Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

- 2.2.3 Für alle anderen unter Punkt 2.2.1 genannten Hilfsmittel werden 20 %, zusammen mit der Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge jedoch nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.3 Auslandsreisen

- 2.3.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle. Erstattet werden 100 % des Rechnungsbetrages - ggf. abzüglich einer Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge. Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Behandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

- 2.3.2 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält, mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen leistungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht für weitere zwölf Wochen Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

- 2.3.3 Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

- 2.3.4 Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung eines verstorbenen Versicherten, sofern dieser am Tage der Abreise das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.

- 2.3.5 Bei Auslandsreisen entfallen abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, die allgemeinen Wartezeiten und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

2.3.6 Leistungen

- 2.3.6.1 Der Versicherer erstattet nach Vorleistung der GKV oder Heilfürsorge die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

- Behandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich verordnet sind und aus einer Apotheke bezogen werden;
- elektrische und physikalische Heilbehandlung;
- Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten, Sonderleistungen und dgl. in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;

- f) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste;
- g) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
- h) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;
- i) Instandsetzung von Zahnersatz;
- j) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden;
- k) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

2.3.6.2 Mit Ausnahme der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

- a) Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport, einschließlich der Aufwendungen für eine mitversicherte Begleitperson, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu erwarten ist. Die Berechtigung des Anspruches auf Transportkosten muss durch Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Krankheitsbezeichnung nachgewiesen werden.
- b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland.
- c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Nr. 2.3.6.2 geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Nr. 2.3.6.2 b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt. Alle übrigen Kosten werden mit 100 % ohne Begrenzung erstattet.

Die Leistungen gemäß Nr. 2.3.6.2 b) und c) gelten nicht für Personen, die am Tag der Abreise das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben.

2.3.6.3 Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.6.1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 21 EUR gezahlt, wenn eine gesetzliche Krankenkasse oder ein Kostenträger mit mindestens 20 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß 2.3.6.1 e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 41 EUR gezahlt.

3 Umstellung des Tarifes GZ-E in den Tarif GZ

- 3.1 Während des Bestehens des Tarifes GZ-E kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich die Umstellung in den Tarif GZ zum Ersten des Monats verlangen, der auf den Zugang seiner Erklärung beim Versicherer folgt.
- 3.2 Der Tarif GZ-E wird für eine versicherte Person zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung einer fünfjährigen Vertragsdauer folgt, in den Tarif GZ umgestellt, in jedem Fall jedoch zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres folgt.
- 3.3 Wird der Tarif GZ-E für eine versicherte Person vor Vollendung des 40. Lebensjahres wegen Erreichen der fünfjährigen Versicherungsdauer in den Tarif GZ umgestellt, kann der Versicherungsnehmer bei Arbeitslosigkeit oder einer außergewöhnlichen wirtschaftlichen Notlage einmalig eine Verlängerung des Tarifes GZ-E um weitere fünf Jahre beantragen, längstens jedoch bis zum Ende des Monats, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird. Die Verlängerung kann innerhalb von zwei Monaten nach Umstellung in den Tarif GZ beantragt werden. Der Beitrag richtet sich ab der Verlängerung nach dem zu Beginn der Verlängerung geltenden tariflichen Eintrittsalter; Abschnitt 4 bleibt unberührt.

Nach Ablauf der Verlängerung wird der Tarif GZ-E zum Ersten des Folgemonats in den Tarif GZ umgestellt.

- 3.4 Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

4 Leistungen des Versicherungsnehmers

- 4.1 Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.
- 4.2 Mit Wirksamwerden der Tarifumstellung nach Abschnitt 3 ist der für den Tarif GZ geltende Beitrag zu entrichten. Dieser richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Tarifumstellung erreichten Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II.
- 4.3 Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird für eine versicherte Person abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, das bei Beginn des Tarifes GZ-E geltende tarifliche Eintrittsalter zugrundegelegt. Tritt jedoch die Beitragsanpassung nach Vereinbarung einer Verlängerung gemäß Abschnitt 3.3 in Kraft, wird das bei Beginn der Verlängerung geltende tarifliche Eintrittsalter zugrundegelegt.

Fassung 01.2008

Tarif SZ II-E für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus mit Selbstbeteiligung bei Unterbringung im Zweibettzimmer zu einem besonderen Beitrag für Einsteiger

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Versicherungsfähig nach Tarif SZ II-E sind folgende Personen, solange sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:
 - a) Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind;
 - b) beihilfeberechtigte Personen und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern für diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, kein Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen im Krankenhaus besteht.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach a) und b) ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ablauf des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

- 1.2 Die Versicherungsfähigkeit endet nach einer fünfjährigen Vertragsdauer, sofern keine Verlängerung nach Abschnitt 4.3 beantragt wird, in jedem Fall jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Kostenerstattung

- 2.1.1 Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung oder Entbindung die Aufwendungen, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Beihilfe hinausgehen, und zwar:
 - a) die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (Zuschlag) für eine bessere Unterbringung im Zweibettzimmer;

b) bei privatärztlicher Behandlung die gesondert berechenbaren Arzthonorare;

c) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus, sofern unmittelbar eine vollstationäre Behandlung vorgesehen ist bzw. stattfand.

Die Aufwendungen gemäß a) und b) sind auch bei teilstationären Behandlungen sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattungsfähig.

2.1.2 Wird die versicherte Person in einem Einbettzimmer untergebracht, werden für die Versicherungsleistungen nach Abschnitt 2.1.1 a) die gesondert berechenbaren Kosten berücksichtigt, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Können solche Kosten nicht nachgewiesen werden, gelten 50 % des Zuschlages für die Unterbringung im Einbettzimmer als erstattungsfähig.

2.1.3 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden die dadurch entstehenden Mehrkosten zu 100 % erstattet, soweit sie für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz anfallen.

2.1.4 Kosten für die vom liquidationsberechtigten Chefarzt höchstpersönlich erbrachte Leistung der Operation selbst werden im tariflichen Rahmen bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. Das gilt jedoch nicht für sonstige, im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, insbesondere operationsvorbereitende und -begleitende ärztliche Verrichtungen einschließlich Narkose.

2.2 Selbstbeteiligung bei besserer Unterbringung

2.2.1 Für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung oder Entbindung, für den ein Zuschlag für bessere Unterbringung berechnet wird, ist vom Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung in Höhe dieses Zuschlages, maximal jedoch täglich 25 EUR, zu zahlen. Für jede ununterbrochene stationäre Heilbehandlung oder Entbindung ist diese Selbstbeteiligung für längstens zehn Tage zu zahlen; Beurlaubungen bis zu zwei Tage gelten nicht als Unterbrechung.

2.2.2 Bei der Erstattung von Arzthonoraren, Krankentransportkosten und Aufwendungen gemäß Abschnitt 2.1.3 ist keine Selbstbeteiligung zu zahlen.

2.2.3 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der „Card für Privatversicherte“ (PKV-Chipkarte).

2.3 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Der Versicherer zahlt mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus,

a) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für bessere Unterbringung geltend gemacht werden,

oder

b) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 60 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für privatärztliche Behandlung geltend gemacht werden.

2.4 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Wenn aus diesem Tarif keinerlei andere Versicherungsleistungen geltend gemacht werden, zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 90 EUR.

2.5 Leistungseinschränkungen

2.5.1 Für stationäre psychotherapeutische Behandlung besteht der Versicherungsschutz innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 30 Behandlungstage. Bei einer über ein Jahresende hinaus gehenden stationären psychotherapeutischen Behandlung beginnt der Versicherungsschutz am 1. Januar erneut, längstens jedoch wieder für 30 Behandlungstage.

2.5.2 Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung wegen Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung sind nur dann mitversichert, wenn sie aufgrund eines Unfalles notwendig werden. Zahntechnische Material- und Laborkosten sind jedoch auch in diesem Fall vom Versicherungsschutz ausgenommen.

2.6 Leistungsausschluss

Keine Leistungspflicht besteht für die im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für die in Beihilfavorschriften vorgesehenen Zuzahlungen (Eigenbeteiligungen).

3 Sonderregelung für Neugeborene

Abweichend von § 2 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers bei der Mitversicherung von Neugeborenen ab Geburt auf die Voraussetzung der Mindestvertragsdauer eines Elternteils verzichten.

4 Umstellung des Tarifes SZ II-E in den Tarif SZ II

4.1 Während des Bestehens des Tarifes SZ II-E kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich die Umstellung in den Tarif SZ II zum Ersten des Monats verlangen, der auf den Zugang seiner Erklärung beim Versicherer folgt.

4.2 Der Tarif SZ II-E wird für eine versicherte Person zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung einer fünfjährigen Vertragsdauer folgt, in den Tarif SZ II umgestellt, in jedem Fall jedoch zum Ersten des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres folgt.

4.3 Wird der Tarif SZ II-E für eine versicherte Person vor Vollendung des 40. Lebensjahres wegen Erreichen der fünfjährigen Versicherungsdauer in den Tarif SZ II umgestellt, kann der Versicherungsnehmer bei Arbeitslosigkeit oder einer außergewöhnlichen wirtschaftlichen Notlage einmalig eine Verlängerung des Tarifes SZ II-E um weitere fünf Jahre beantragen, längstens jedoch bis zum Ende des Monats, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird. Die Verlängerung kann innerhalb von zwei Monaten nach Umstellung in den Tarif SZ II beantragt werden. Der Beitrag richtet sich ab der Verlängerung nach dem zu Beginn der Verlängerung geltenden tariflichen Eintrittsalter; Abschnitt 5 bleibt unberührt.

Nach Ablauf der Verlängerung wird der Tarif SZ II-E zum Ersten des Folgemonats in den Tarif SZ II umgestellt.

4.4 Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

5 Leistungen des Versicherungsnehmers

5.1 Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

5.2 Mit dem Wirksamwerden der Tarifumstellung nach Abschnitt 4 ist der für den Tarif SZ II geltende Beitrag zu entrichten. Dieser richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Tarifumstellung erreichten Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I.

5.3 Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird abweichend von § 8 a (2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, für eine versicherte Person das bei Beginn des Tarifs SZ II-E geltende tarifliche Eintrittsalter zugrunde gelegt. Tritt jedoch die Beitragsanpassung nach Vereinbarung einer Verlängerung gemäß Abschnitt 4.3 in Kraft, wird das bei Beginn der Verlängerung geltende tarifliche Eintrittsalter zugrunde gelegt.

Tarif SZ-E

für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus bei Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer zu einem besonderen Beitrag für Einsteiger

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähigkeit im Tarif SZ-E besteht für die nachstehend aufgeführten Personen, solange sie das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

- a) Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind;
- b) Personen mit Anspruch auf Beihilfe des öffentlichen Dienstes (Beihilfeberechtigte) und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern für diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, kein Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen im Krankenhaus besteht.

2 Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen für die versicherten Personen des Abschnittes 1 b), die sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare und Vikare) und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten sowie für deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige, im Tarif SZ-E versicherte Angehörige.

3 Leistungen des Versicherers

3.1 Kostenersatz

3.1.1 Nach Vorleistung des gesetzlichen Versicherers bzw. der Festsetzungsstelle für Beihilfe sind erstattungsfähig:

- a) die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten der Wahlleistungen für bessere Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,
- b) Arzthonorare,
- c) Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- eiserne Lunge,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

3.1.2 Falls ein Krankenhaus nicht nach Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, sind die Mehrkosten für die bessere Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer erstattungsfähig.

3.1.3 Wenn kein gesetzlicher Versicherer leistungspflichtig ist, werden die Kosten gemäß 3.1.1 erstattet, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Versicherung hinausgehen.

3.1.4 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden auch die dadurch entstehenden Mehrkosten mit 100 % erstattet.

3.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenersatz

Wird vom Versicherungsnehmer nur auf eine der nachstehenden Leistungen verzichtet, zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

- bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 60 EUR Krankenhaustagegeld
- bei Verzicht auf die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer 40 EUR Krankenhaustagegeld.

3.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenersatz

Anstelle der Leistungen gemäß 3.1 und 3.2 zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus 100 EUR Krankenhaustagegeld, wenn auf Kostenersatz verzichtet wird oder dies für den Versicherungsnehmer günstiger ist.

4 Beendigung des Tarifes SZ-E

4.1 Der Tarif SZ-E endet für eine versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem für sie eine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit gemäß Abschnitt 1 wegfällt bzw. zu dem Zeitpunkt, zu dem die Umstellung in den Tarif SZ gemäß Abschnitt 5.1 beantragt wird.

4.2 Der Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß Abschnitt 1 a) und b) ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

5 Umstellung des Tarifes SZ-E in den Tarif SZ

5.1 Während des Bestehens des Tarifes SZ-E kann der Versicherungsnehmer jederzeit schriftlich die Umstellung in den Tarif SZ zum Ersten des Monats verlangen, der auf den Zugang seiner Erklärung beim Versicherer folgt.

5.2 Nach Beendigung des Tarifes SZ-E gemäß Abschnitt 4 wird der Vertrag in unmittelbarem Anschluss im Tarif SZ fortgesetzt. Voraussetzung dafür ist, dass für die jeweilige Person nicht zusätzlich Versicherungsschutz nach einem Tarif mit Anspruch auf Kostenerstattung bei stationärer Heilbehandlung besteht.

6 Beiträge

6.1 Innerhalb von 36 Monaten findet während des Bestehens des Tarifes SZ-E keine Beitragserhöhung wegen Alterwerdens statt. Nach diesem Zeitraum wird für die versicherte Person vom Beginn des Folgemonats an der für Neuzugänge gültige Beitrag des zu diesem Zeitpunkt erreichten Alters gezahlt. § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, bleibt unberührt.

6.2 Mit Wirksamwerden der Tarifumstellung nach Abschnitt 5 ist der für den Tarif SZ geltende Beitrag zu entrichten. Dieser richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Tarifumstellung erreichten tariflichen Eintrittsalter gemäß § 8a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II.

6.3 Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers aus Anlass einer Beitragserhöhung nach den Bestimmungen der Abschnitte 6.1 bzw. 6.2 ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

Krankentagegeld

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

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

Teil II Tarifbedingungen (TB/KT) der uniVersa Krankenversicherung a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaustausch als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

Versicherungsfähigkeit, Aufnahmefähigkeit

- (1.1) Versicherungsfähig sind Personen bis zum vollendeten 67. Lebensjahr, soweit sie bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen einen Verdienstaustausch nachweisen können, mit einem Krankentagegeld, das zusammen mit anderen Einnahmen das tägliche Durchschnittsnettoeinkommen nicht übersteigt. In den Tarifstufen 4, 8, 15, 22 und 29 jedoch nur Personen, die selbständig sind und aus eigenem Einkommen zur Einkommensteuer veranlagt werden.
- (1.2) Aufnahmefähig sind versicherungsfähige Personen der Eintrittsalter 18 bis 66 Jahre. Personen, die das 67. Lebensjahr vollendet haben, können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

Tarif KTM

- (1.3) Nach Tarif KTM sind Ärzte/innen, Zahnärzte/innen und Tierärzte/innen versicherungsfähig. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif KTM gemäß § 1 (1.3) wird der Vertrag nach Tarif KT ohne neue Wartezeiten und ohne neue Gesundheitsprüfung fortgeführt, wenn Versicherungsfähigkeit nach Tarif KT gegeben ist. Die Tarifänderung erfolgt zum 1. des Monats, in dem die entsprechende schriftliche Mitteilung des Versicherungsnehmers beim Versicherer eingeht.
- (1.4) Soweit im Versicherungsvertrag keine besonderen Bedingungen vereinbart sind, erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Berufskrankheiten und Berufsunfälle.

- (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.

- (2.1) Als Versicherungsfall gilt auch die Entbindung.

- (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 andere Tarife mit gleichartigem 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.

- (5.1) Zu den erworbenen Rechten gemäß § 1 (5) gehört auch die Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss aufgrund des vom Versicherer überprüften Gesundheitszustandes (Risikograd) der versicherten Person. Diese Einstufung darf der Versicherer bei einer Umwandlung in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers unter Hinweis auf eine etwaige im Zieltarif andere Bewertung oder Bewertungsmethode des bei Vertragsbeginn festgestellten Risikogrades ändern.

- (5.2) War bei einer Tarifumwandlung nach § 1 (5) für den bisherigen Tarif kein Risikozuschlag vereinbart, ist auch im neuen Tarif, vorbehaltlich der Regelung gemäß § 1 (5.3) kein Risikozuschlag zu bezahlen. War jedoch für den bisherigen Tarif bereits ein Risikozuschlag vereinbart, wird er im neuen Tarif gemäß § 8a (3) angepasst.

- (5.3) Das Recht des Versicherers, bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz nach § 1 (5) Satz 4 für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen zu können bleibt unberührt. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

- (7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

- (7.1) Bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen Ausland wird das Krankentagegeld auch bei ambulanter Behandlung gezahlt, wenn und solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt.

- (7.2) Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

- (8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

- (1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.
- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern, wird ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Ver-

sicherung oder Vertragsänderung geleistet, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Anzeige aller im Antrag gefragten Umstände bleibt hiervon unberührt.

§ 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.

(3.1) Die vorstehenden besonderen Wartezeiten entfallen.

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

Wartezeiterlass

(4.1) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Die uniVersa stellt dafür einen Vordruck zur Verfügung.

(4.2) Bei Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur uniVersa wechseln, kann auch die allgemeine Wartezeit erlassen werden, wenn bestimmte, im Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung genannte Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge

(5.1) Die Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf die Wartezeiten für den gesamten versicherten Tagessatz angerechnet. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(1.1) a) Krankentagegeld wird für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit gemäß der vereinbarten Tarifstufe gezahlt. Die Leistungsdauer ist zeitlich nicht begrenzt.

b) Bei Entbindungen erhalten weibliche Versicherte in Abweichung von § 1 (1) gegen Vorlage einer Geburtsurkunde ein pauschales Tagegeld in Höhe des zehnfachen des versicherten Krankentagegeldes (Entbindungsgeld).

(1.2) Sonderbedingungen für Arbeitnehmer

Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, so werden sie bei Beginn der Krankentagegeldleistungen ebenfalls zusammengefasst.

(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.

(2.1) Dieser Durchschnittsverdienst ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

(2.2) Als Nettoeinkommen gilt bei Selbständigen der vereinbarte Vomhundertsatz - höchstens jedoch 75 Prozent - des nach den Vorschriften

des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern in den letzten zwölf Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

(2.3) Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes können folgende Beträge dem versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet werden:

a) Beitragszahlungen zur Abdeckung von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung,

b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und an die Bundesagentur für Arbeit, soweit diese vom Krankentagegeld einer gesetzlichen Krankenversicherung abgezogen werden,

c) Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung.

(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.

(4.1) Ist nach § 4 (4) ein Krankentagegeld herabgesetzt, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb von zwei Jahren nach dem Wirksamwerden der Herabsetzung eine Heraufsetzung des Krankentagegeldes ohne neue Gesundheitsprüfung zu verlangen, wenn sich sein Nettoeinkommen wieder erhöht.

Das Krankentagegeld kann dann bis zur Höhe des ursprünglichen Krankentagegeldes heraufgesetzt werden. Der Versicherer kann auch hierfür einen Einkommensnachweis verlangen.

(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 Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(7.1) Eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist bis zum letzten Karenztag durch Vorlage eines Nachweises gemäß § 4 (7.4) anzuzeigen.

(7.2) Wird eine Arbeitsunfähigkeit nicht innerhalb der in § 4 (7.1) aufgeführten Fristen angemeldet, so gilt als erster Leistungstag der Zugangstag der Anmeldebescheinigung.

(7.3) Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit ist diese vom Arzt wöchentlich bescheinigen zu lassen und wöchentlich nachzuweisen. In medizinisch begründeten Fällen kann die Frist vom Versicherer verlängert werden.

Erfolgt dieser Nachweis nicht fristgerecht, so gilt eine Bescheinigung nur für die Woche vor dem Zugang, wenn in dieser Zeit noch Arbeitsunfähigkeit bestand.

(7.4) Die ärztliche Bescheinigung muss den Namen und die Anschrift des Versicherten, die vollständige Krankheitsbezeichnung (Diagnose), den Beginn der Arbeitsunfähigkeit, deren voraussichtliche Dauer oder das Ende der Arbeitsunfähigkeit enthalten. Für Vorausbestätigungen besteht keine Leistungspflicht.

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

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von 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.

(10.1) Allgemeine Leistungsanpassung

- a) Dem Versicherungsnehmer wird alle zwei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zu erhöhen. Das Nettoeinkommen der versicherten Person darf dabei nicht überschritten werden (vgl. § 4 (2)). Die Anpassung wird allen Versicherungsnehmern angeboten, deren Vertrag zur Zeit der Anpassung mindestens ein Jahr bestanden hat und für die ein Krankentagegeld von mindestens 15 EUR versichert ist.
- b) Die Anpassung kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im Anpassungsjahr übersandten Vordruck beantragt werden. Dieser Vordruck nennt die Tagegeldhöhe, bis zu der angepasst werden kann und die Frist für seine Rückgabe. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, werden die fristgerecht eingehenden Anträge ohne erneute Risikoprüfung angenommen. Die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrags beim Versicherer folgt. In Abweichung von § 2 beginnt der Versicherungsschutz auch für laufende Versicherungsfälle mit dem Ersten dieses Monats.
- c) Versicherungsnehmer, welche eine Leistungsanpassung ablehnen, ohne dass ein Grund nach § 4 (2) vorliegt, werden von den folgenden Leistungsanpassungen ausgeschlossen, es sei denn, sie unterziehen sich einer erneuten Gesundheitsprüfung.

(10.2) Besondere Leistungsanpassung

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich bei Arbeitnehmern die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikoausgleichsbeiträge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der Erste des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder sich die Gehaltsfortzahlungsdauer ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes in Kraft tritt, oder zum Ersten des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und/oder der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes fällt.

Auf Verlangen des Versicherers sind über die Erhöhung des Nettoeinkommens, über die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgeltes sowie über den Stichtag der Änderung entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

- (11) Für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gelten die Bestimmungen der Satzung.

Danach darf die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nur zur Ausschüttung an die Mitglieder verwendet werden. Als Form der Ausschüttung kann die Mitgliedervertretung wählen:

- Auszahlung an die Mitglieder
- Beitragsgutschrift
- Leistungserhöhung
- Beitragssenkung
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

Die Mitgliedervertretung bestimmt, für welche Tarife und in welcher Höhe die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird sowie nach welchen Bemessungsgrundsätzen.

§ 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 Alkoholkonsum 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 (Mutterschutz). 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 gewöhnlichen Aufenthalt 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 gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

- (1.1) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) c) entfällt.

- (1.2) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei Fehlgeburt, bei Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer, eugenischer und ethischer Indikation sowie bei durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Die Bestimmungen über die Mutterschutzfristen gelten sinngemäß auch für selbständig Tätige.

- (1.3) Abweichend von § 5 (1) g) wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

- (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 gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

- (2.1) Abweichend von § 5 (2) wird das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus eines Heilbades oder Kurortes 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 § 14 VVG (s. Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(3.1) Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

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

(4.1) Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

- (5) 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 (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage 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 Abs. 1 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.

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

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

- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des 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 §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

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

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

(6.1) Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich einer betroffenen versicherten Person aufgrund einer Kündigung nach § 13 (3) nicht zum Letzten eines Monats, verzichtet der Versicherer auf den Beitrag dieses Monats.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(1.2) Risikozuschläge für erhöhte Risiken und für Aufenthalte im Ausland können vereinbart werden.

- (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 Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(1.1) Die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 erfolgt innerhalb eines jeden Tarifs getrennt nach Beobachtungseinheiten.

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gem. § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeit fünf Prozent.

- (1.2) Definition der Beobachtungseinheiten:

Die Beobachtungseinheiten werden jeweils gebildet durch

- Männer einer Tarifstufe,
- Frauen einer Tarifstufe,

(Zum Begriff Tarifstufe vgl. Teil III der Allgemeine Versicherungsbedingungen.)

- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 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 kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. 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.
 - (3.1) Eine Nachuntersuchung gemäß § 9 (3) muss die versicherte Person innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen 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 den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

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

§ 12 Aufrechnung

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

- (3.1) Zur Beitragszahlung bei Kündigungen gemäß § 13 (3) siehe § 8 (6.1).
- (3.2) Anstelle der Kündigung gemäß § 13 (3) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen vorübergehend im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer schriftlich geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab dem Ersten des Monats, der auf die Vorlage des Nachweises beim Versicherer folgt.

- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung nach § 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 Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

- (6.1) Abweichend von § 13 (6) ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.

§ 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.

(1.1) Beschränkung des Kündigungsrechts

Soweit der Krankentagegeldvertrag in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung (ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung, stationäre Heilbehandlung) besteht, verzichtet der Versicherer unabhängig davon, ob ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht oder nicht, auch in den ersten drei Versicherungsjahren auf das ordentliche Kündigungsrecht.

- (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.

§ 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;

aa) Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 (1) a) auf zwölf Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. Unberührt bleibt § 15 (1) b).

ab) Anstelle der Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach § 15 (1) a) bzw. § 15 (1) (aa) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird.

Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit beim Versicherer schriftlich geltend zu machen.

- 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;

ba) Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit, frühestens jedoch mit Ablauf der in § 15 (1) b) genannten Frist, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntwerden der Berufsunfähigkeit beim Versicherer schriftlich geltend zu machen.

- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (s. Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

ca) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

Vollendet die versicherte Person das 67. Lebensjahr und bestehen die übrigen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit fort, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (s. Anhang) die Fortführung der Krankentagegeldversicherung zu

verlangen.

- 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) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

ea) Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beim Versicherer schriftlich geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab Beginn des der Geltendmachung folgenden Monats.

- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Klagefrist / Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Tarif KT

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KT) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Leistungen des Versicherers

Krankentagegeld für Versicherungen in der

Tarifstufe 4 ab	4. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (3 Karenztage)
Tarifstufe 8 ab	8. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (7 Karenztage)
Tarifstufe 15 ab	15. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (14 Karenztage)
Tarifstufe 22 ab	22. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (21 Karenztage)
Tarifstufe 29 ab	29. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (28 Karenztage)
Tarifstufe 43 ab	43. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (42 Karenztage)
Tarifstufe 92 ab	92. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (91 Karenztage)
Tarifstufe 183 ab	183. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (182 Karenztage)

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit werden bei den Karenztagen zur Ermittlung des Beginns der Krankentagegeldleistungen nur für Arbeitnehmer gemäß § 4 (1.2) Tarifbedingungen (TB/KT) zusammen gerechnet.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarif KTM

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KT) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Leistungen des Versicherers

Krankentagegeld für Versicherungen in der

Tarifstufe 4 ab	4. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (3 Karenztage)
Tarifstufe 15 ab	15. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (14 Karenztage)
Tarifstufe 22 ab	22. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (21 Karenztage)
Tarifstufe 43 ab	43. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (42 Karenztage)
Tarifstufe 92 ab	92. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (91 Karenztage)
Tarifstufe 183 ab	183. Tag jeder Arbeitsunfähigkeit (182 Karenztage)

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit werden bei den Karenztagen zur Ermittlung des Beginns der Krankentagegeldleistungen nur für Arbeitnehmer gemäß § 4 (1.2) Tarifbedingungen (TB/KT) zusammen gerechnet.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

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

Teil II Tarif mit Tarifbedingungen der uniVersa Krankenversicherung a. G für Tarif KTF (TB/KTF)

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 zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

Versicherungsfähigkeit, Aufnahmefähigkeit

- (1.1) Versicherungsfähig sind Personen bis zum vollendeten 67. Lebensjahr,

- a) sofern sie hauptberuflich und selbständig den Freien Beruf Apotheker, Rechtsanwalt, Notar, Patentanwalt, Vermessungsingenieur, Ingenieur, Architekt, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratender Volks- oder Betriebswirt, vereidigter Buchprüfer (vereidigter Bücherrevisor), Steuerbevollmächtigter, Heilpraktiker oder Journalist ausüben und aus eigenem Einkommen zur Einkommensteuer veranlagt werden
- b) und soweit sie bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen einen Verdienstausfall nachweisen können
- c) und sofern und solange für sie außerdem Versicherungsschutz im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung mit Anspruch auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. besteht,

mit einem Krankentagegeld, das zusammen mit anderen Einnahmen das tägliche Durchschnittsnettoeinkommen nach § 4 (2) nicht übersteigt.

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. kann in begründeten Einzelfällen Ausnahmen von der Versicherungsfähigkeit nach Satz 1 Abschnitt a) zulassen.

- (1.2) Aufnahmefähig sind versicherungsfähige Personen der Eintrittsalter 18 bis 66 Jahre. Personen, die das 67. Lebensjahr vollendet haben, können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

- (1.3) Soweit im Versicherungsvertrag keine besonderen Bedingungen vereinbart sind, erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Berufskrankheiten und Berufsunfälle.

- (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.

- (2.1) Als Versicherungsfall gilt auch die Entbindung.

- (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 andere Tarife mit gleichartigem 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.

- (5.1) Zu den erworbenen Rechten gemäß § 1 (5) gehört auch die Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss aufgrund des von der uniVersa Krankenversicherung a.G. überprüften Gesundheitszustandes (Risikograd) der versicherten Person. Diese Einstufung darf die uniVersa Krankenversicherung a.G. bei einer Umwandlung in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers unter Hinweis auf eine etwaige im Zieltarif andere Bewertung oder Bewertungsmethode des bei Vertragsbeginn festgestellten Risikogrades ändern.

- (5.2) War bei einer Tarifumwandlung nach § 1 (5) für den bisherigen Tarif kein Risikozuschlag vereinbart, ist auch im neuen Tarif, vorbehaltlich der Regelung gemäß § 1 (5.3) kein Risikozuschlag zu bezahlen. War jedoch für den bisherigen Tarif bereits ein Risikozuschlag vereinbart, wird er im neuen Tarif gemäß § 8a (3) angepasst.

- (5.3) Das Recht der uniVersa Krankenversicherung a.G., bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz nach § 1 (5) Satz 4 für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen zu können bleibt unberührt. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

- (7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

- (7.1) Bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen Ausland wird das Krankentagegeld auch bei ambulanter Behandlung gezahlt, wenn und solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt.

- (7.2) Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

- (8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Ver-

sicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern, wird ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung geleistet, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Anzeige aller im Antrag gefragten Umstände bleibt hiervon unberührt.

§ 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.

(3.1) Die besonderen Wartezeiten entfallen.

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

Wartezeiterlass

(4.1) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Die uniVersa Krankenversicherung a.G. stellt dafür einen Vordruck zur Verfügung.

(4.2) Bei Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur uniVersa Krankenversicherung a.G. wechseln, kann auch die allgemeine Wartezeit erlassen werden, wenn bestimmte, im Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung genannte Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort unterbrochen 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 Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(5.1) Die Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf die Wartezeiten für den gesamten versicherten Tagessatz angerechnet. Diese Regelung gilt entsprechend für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(1.1) a) Das Krankentagegeld wird in der vereinbarten Höhe nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Die Karenzzeit beträgt nach

- Tarifstufe 8: 7 Tage je Arbeitsunfähigkeit
- Tarifstufe 15: 14 Tage je Arbeitsunfähigkeit
- Tarifstufe 22: 21 Tage je Arbeitsunfähigkeit
- Tarifstufe 29: 28 Tage je Arbeitsunfähigkeit

Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, so gilt hierfür keine neue Karenzzeit.

Die Leistungsdauer ist zeitlich nicht begrenzt.

b) Bei Entbindungen erhalten weibliche Versicherte in Abweichung von § 1 (1) gegen Vorlage einer Geburtsurkunde ein pauschales Tagegeld in Höhe des zehnfachen des versicherten Krankentagegeldes (Entbindungsgeld).

(1.2) Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

Um dieselbe Krankheit oder Unfallfolge im Sinne von Satz 1 handelt es sich unabhängig von der Krankheitsbezeichnung dann, wenn sie in ursächlichem Zusammenhang zu einer vorangegangenen Krankheit oder Unfallfolge mit ununterbrochener Behandlungsbedürftigkeit steht.

(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.

(2.1) Als Nettoeinkommen gilt der vereinbarte Vomhundertsatz - höchstens jedoch 75 Prozent - des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern aus der beruflichen Tätigkeit. Maßgeblicher Zeitraum für die Berechnung des Nettoeinkommens sind bei Schließung des Vertrages die letzten zwölf Monate vor Stellung des Versicherungsantrages. Während der Vertragslaufzeit sind die letzten zwölf Monate vor Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit maßgeblich.

Der ermittelte Gewinn bzw. das Nettoeinkommen ist auf Verlangen der uniVersa Krankenversicherung a.G. nachzuweisen.

(2.2) Bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes werden die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung zum versicherbaren Nettoeinkommen hinzugerechnet.

(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 Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(7.1) Eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist bis zum letzten Karenztag durch Vorlage eines Nachweises gemäß § 4 (7.4) anzuzeigen.

(7.2) Wird eine Arbeitsunfähigkeit nicht innerhalb der in § 4 (7.1) aufgeführten Frist angemeldet, so gilt als erster Leistungstag der Zugangstag der Anmeldebescheinigung.

(7.3) Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit ist diese vom Arzt alle zwei Wochen bescheinigen zu lassen und der uniVersa Krankenversicherung a.G. un- aufgefordert in vierzehntägigen Abständen nachzuweisen, sofern sie den Nachweis nicht in größeren Abständen anfordert. Erfolgt dieser Nachweis nicht fristgerecht, so gilt eine Bescheinigung nur für 14 Tage vor dem Zugang, wenn in dieser Zeit noch Arbeitsunfähigkeit bestand.

(7.4) Die ärztliche Bescheinigung muss den Namen und die Anschrift des Versicherten, die vollständige Krankheitsbezeichnung (Diagnose), den Beginn der Arbeitsunfähigkeit, deren voraussichtliche Dauer oder das Ende der Arbeitsunfähigkeit enthalten.

Für Vorausbestätigungen besteht keine Leistungspflicht.

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

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von 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.

(9.1) Abweichend von § 4 (9) kann sich die uniVersa Krankenversicherung a.G. auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

- a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder
- b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder
- c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder
- d) es sich um eine Anschlussheilbehandlung handelt. Unter Anschlussheilbehandlung ist eine notwendige Behandlung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in einer Krankenanstalt gemäß § 4 (9) zu verstehen, die von einem Krankenhausarzt veranlasst wurde und nicht später als eine Woche nach Beendigung einer stationären Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, beginnt.

(10.1) Allgemeine Leistungsanpassung

Das vereinbarte Krankentagegeld wird entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung nach den folgenden Bestimmungen erhöht:

a) Anpassungszeitpunkt

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. erhöht das Tagegeld erstmals zum 01.07.2004 und danach in zweijährigen Abständen zum 01. Juli des betreffenden Jahres.

b) Voraussetzungen

Die Anpassung erfolgt für alle versicherten Personen,

- deren Versicherung nach Tarif KTF zum Zeitpunkt der Anpassung mindestens ein Jahr bestanden hat und
- für die ein Krankentagegeld nach Tarif KTF von mindestens 15 EUR versichert ist und
- die das 64. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. übersendet dem Versicherungsnehmer vor dem Anpassungstermin einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der das neue Krankentagegeld, den Anpassungszeitpunkt und den neuen Beitrag enthält.

c) Maßstab für die Leistungsanpassung

Das Krankentagegeld der versicherten Person wird im selben Verhältnis erhöht, wie die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten im Jahr der Leistungsanpassung gegenüber der des Vorjahres gestiegen ist. Das neue Krankentagegeld wird auf volle 5 EUR aufgerundet.

d) Sondervorteile

Die Leistungserhöhung wird ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen. Der höhere Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten (§ 3) auch für laufende Versicherungsfälle mit dem Anpassungszeitpunkt.

e) Zustandekommen der Leistungsanpassung

Die Leistungsanpassung gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein schriftlich widerspricht. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherungsnehmer bei Zusendung des Nachtrages zum Versicherungsschein nochmals ausdrücklich hingewiesen.

Das aufgrund einer allgemeinen Leistungsanpassung angepasste Krankentagegeld darf das Nettoeinkommen nicht übersteigen (siehe § 4, Absätze 2, 2.1 und 2.2). Erlangt die uniVersa Krankenversicherung a.G. davon Kenntnis, dass aufgrund von allgemeinen Leistungsanpassungen das versicherte Krankentagegeld höher ist als das Nettoeinkommen, so werden die allgemeinen Leistungsanpassungen zurückgenommen, die zur Überhöhung des Krankentagegeldes führten, und das versicherte Krankentagegeld wird insofern entsprechend rückwirkend herabgesetzt. Die auf die zurückgenommenen Leistungsanpassungen entfallenden Beitragsanteile werden nach Verrechnung mit hierauf entfallenden überhöhten Leistungszahlungen dem Versicherungsnehmer zurückerstattet. Falls die hierbei anzurechnenden Leistungszahlungen höher sind als die anzurechnenden Beitragsanteile, wird auf eine entsprechende Rückforderung verzichtet.

(10.2) Besondere Leistungsanpassung

Erhöht sich das Nettoeinkommen, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes grundsätzlich Anwendung.

a) Sondervorteile

Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang gestellt wird.

b) Anpassungszeitpunkt und -umfang

Als Stichtag für die Einkommenserhöhung gilt der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem sich das Nettoeinkommen erhöht, oder zum Ersten des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht und zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt (siehe § 4, Absätze 2, 2.1 und 2.2).

Auf Verlangen der uniVersa Krankenversicherung a.G. sind über die Erhöhung des Nettoeinkommens sowie über den Stichtag der Änderung entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. eingetreten ist.

(10.3) Der Beitrag für das hinzukommende Tagegeld infolge einer Allgemeinen oder Besonderen Leistungsanpassung nach § 4 (10.1) bzw. (10.2) wird für die jeweilige versicherte Person nach deren Geschlecht und dem zum Anpassungszeitpunkt erreichten tariflichen Lebensalter (= Unterschied zwischen dem Jahr der Anpassung und dem Geburtsjahr) berechnet. Es gelten die jeweils für Neueintretende gültigen technischen Berechnungsgrundlagen mit der darin enthaltenen Beitragstabelle. Bestehende Risikoausgleichsbeiträge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld.

(11) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gelten die Bestimmungen der Satzung.

Danach darf die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nur zur Ausschüttung an die Mitglieder verwendet werden. Als Form der Ausschüttung kann die Mitgliedervertretung wählen:

- Auszahlung an die Mitglieder
- Beitragsgutschrift
- Leistungserhöhung
- Beitragssenkung

Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

Die Mitgliedervertretung bestimmt, für welche Tarife und in welcher Höhe die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird sowie nach welchen Bemessungsgrundsätzen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

ca) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) c) entfällt.

- ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

da) Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei Fehlgeburt, bei Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer, eugenischer und ethischer Indikation sowie bei durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten außerhalb der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Die Bestimmungen über die Mutterschutzfristen gelten sinngemäß auch für selbständig Tätige.

- während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). 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;

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

fa) Abweichend von § 5 (1) f) wird das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang auch für die Dauer einer Behandlung bzw. Maßnahme nach § 4 (9.1) d) und § 5 (1) (ga) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II gezahlt, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält.

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

ga) Abweichend von § 5 (1) g) wird das versicherte Krankentagegeld auch während einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. einer stationären Rehabilitationsmaßnahme unter der Voraussetzung gezahlt, dass unmittelbar vor Beginn der Behandlung bzw. Maßnahme eine mindestens vierwöchige ununterbrochen andauernde Arbeitsunfähigkeit nach § 1 bestanden hat, die entsprechend nachzuweisen ist.

- Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder

einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

- Abweichend von § 5 (2) wird das versicherte Krankentagegeld im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, in einem Krankenhaus eines Heilbades oder Kurortes sowie einer Behandlung bzw. Maßnahme nach § 4 (9.1) d) und § 5 (1) (ga) in einem Heilbad oder Kurort gezahlt.

- Um eine Überversicherung zu vermeiden, gilt im Versicherungsfall Folgendes:

- Bei Anspruch der versicherten Person auf Ausgleich eines Einkommensausfalls gegen einen Träger der Sozialversicherung (z.B. Übergangsgeld, Verletztengeld):

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. ist nur in Höhe des Betrages leistungspflichtig, welcher trotz der Leistung des Sozialversicherungsträgers an Ausfall des in § 4 (2.1) definierten Nettoeinkommens zuzüglich des in § 4 (2.2) genannten Betrages verbleibt, maximal jedoch in Höhe des versicherten Krankentagegeldes.

Etwaige Tagegeldleistungen anderer Versicherer zum Ausgleich eines Einkommensausfalls werden dabei ebenfalls angerechnet.

- Bei Schadenersatzanspruch der versicherten Person auf Erstattung des Einkommensausfalls gegen Dritte:

- Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ist verpflichtet, diesen Anspruch an die uniVersa Krankenversicherung a.G. schriftlich abzutreten, soweit diese den Schaden ersetzt.

- Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

- Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen aa) und bb) genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

- Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

- Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird die uniVersa Krankenversicherung a.G. Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

- Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

- Wenn der uniVersa Krankenversicherung a.G. ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

- 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 (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versi-

cherungsfälle erst am dreißigsten Tage 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 Abs. 1 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.

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbegins fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

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

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des 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 §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

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

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

(6.1) Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich einer betroffenen versicherten Person aufgrund einer Kündigung nach § 13 (3) nicht zum Letzten eines Monats, verzichtet die uniVersa Krankenversicherung a.G. auf den Beitrag dieses Monats.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbegins.

(1.2) Risikozuschläge für erhöhte Risiken und für Aufenthalte im Ausland können vereinbart werden.

(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 Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(1.1) Die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 erfolgt getrennt nach Beobachtungseinheiten.

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent.

Dem Versicherer ist es allerdings gestattet, diese Überprüfung und Anpassung bereits dann vorzunehmen, wenn die dort genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt.

Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeit fünf Prozent

(1.2) Definition der Beobachtungseinheiten:

Die Beobachtungseinheiten werden jeweils gebildet durch

- Männer einer Tarifstufe,
- Frauen einer Tarifstufe,

(Zum Begriff Tarifstufe vgl. § 4 Abs. 1.1 a))

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

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

§ 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 kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungs-

fallens 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.

(3.1) Eine Nachuntersuchung gemäß § 9 (3) muss die versicherte Person innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Aufforderung durchführen 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.

(5.1) Wenn aufgrund des Berufswechsels eine im Tarif bestimmte Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit wegfällt, werden die Regelungen in § 15 a) und (aa) angewendet.

- (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 den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

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

§ 12 Aufrechnung

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 drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Ver-

sicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(3.1) Zur Beitragszahlung bei Kündigungen gemäß § 13 (3) siehe § 8 (6.1).

- (3.2) Anstelle der Kündigung gemäß § 13 (3) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen vorübergehend im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. schriftlich geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab dem Ersten des Monats, der auf die Vorlage des Nachweises beim Versicherer folgt.

- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung nach § 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.

(6.1) Abweichend von § 13 (6) ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses der uniVersa Krankenversicherung a.G. innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten

§ 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.

(1.1) Beschränkung des Kündigungsrechts

Die uniVersa Krankenversicherung a.G. verzichtet unabhängig davon, ob ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht oder nicht auch in den ersten drei Versicherungsjahren auf das ordentliche Kündigungsrecht.

- (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.

§ 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;

aa) In Abweichung von § 15 (1) a) wird der Vertrag bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif KTF ab Beginn des dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit folgenden Monats ohne neue Wartezeit und ohne neue Gesundheitsprüfung nach Tarif KT fortgeführt, wenn Versicherungsfähigkeit nach Tarif KT gegeben ist. Besteht jedoch bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so erfolgt diese Fortführung erst mit dem Ende der in § 15 (1) a) und (ab) aufgeführten Fristen.

Der Tarif KT beinhaltet ein vom Tarif KTF abweichendes Leistungsspektrum. Der Beitrag wird nach § 8a (2) ermittelt und kann vergleichsweise höher ausfallen.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Versicherung nach Tarif KT werden auf Wunsch jederzeit bereitgestellt.

Wünscht der Versicherungsnehmer keine Fortführung nach Tarif KT, kann er die Krankentagegeldversicherung der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit schriftlich kündigen. Besteht jedoch bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so kann diese Kündigung zum Ende der in § 15 (1) a) und (ab) aufgeführten Fristen erfolgen.

Besteht keine Versicherungsfähigkeit nach Tarif KT, bleiben § 15 (1) a) und (ab) unberührt.

ab) Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 (1) a) auf zwölf Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. Unberührt bleibt § 15 (1) b).

ac) Soll oder kann das Versicherungsverhältnis gemäß § 15 (1) (aa) nicht nach Tarif KT fortgeführt werden, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass es anstelle der Beendigung nach § 15 (1) a), (aa) bzw. (ab) zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit bei der uniVersa Krankenversicherung a. G. schriftlich geltend zu machen.

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;

ba) Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit, frühestens jedoch mit Ablauf der in § 15 (1) b) und (bb) genannten Fristen, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntwerden der Berufsunfähigkeit bei der uniVersa Krankenversicherung a. G. schriftlich geltend zu machen.

bb) Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Antrag auf Rente wegen Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder verminderter Erwerbsfähigkeit bei einem Träger der Sozialversicherung, einem berufsständischen Versorgungswerk oder einem Versicherungsunternehmen gestellt und wurde über diesen Antrag bis zum Ende der in § 15 (1) b) genannten Drei-Monats-Frist noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis verlä-

ngert. Das versicherte Krankentagegeld wird dann solange gezahlt, bis der Träger der Sozialversicherung, das berufsständische Versorgungswerk bzw. das Versicherungsunternehmen über den Rentenanspruch entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate.

Das Versicherungsverhältnis endet dann mit dem letzten Tag, für den das Krankentagegeld gezahlt worden ist, sofern es nicht laut § 15 (1) (ba) im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird.

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (s. Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

ca) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

Vollendet die versicherte Person das 67. Lebensjahr und bestehen die übrigen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit fort, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (s. Anhang) die Fortführung der Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

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) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

ea) Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes aus dem Tätigkeitsgebiet der uniVersa Krankenversicherung a. G. kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes bei der uniVersa Krankenversicherung a. G. schriftlich geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab Beginn des der Geltendmachung folgenden Monats.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Klagefrist / Gerichtsstand

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Pflegeversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung nach Tarif PV

Bedingungsteil: MB/PPV 2010
Nur gültig in Verbindung mit dem Tarif PV

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet 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 Zu-Bett-Gehen, 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 zu-

sätzlich 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 erforderlichen 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.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Abs. 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(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 2010, 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 sechs 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 Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung 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 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 vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss.
 - f) in der Zeit ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei 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 verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. 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 (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerte 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.

Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der

Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

- (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 einmal halbjährlich,
 - b) bei Pflegestufe III 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 ist, 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 beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung 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.

Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Absatz 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet.

- (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 Vorhundertersatz 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 sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.
- (7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 SGB V (siehe Anhang) gilt entsprechend.

Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfs-

mittel 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 verpflegt 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 (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

- (9) Die versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren:

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen gemäß Nr. 1 des Tarifs PV um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV je Kalendermonat 50 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich das Pflegegeld gemäß Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen bei teilstationärer Pflege gemäß Absatz 8 zusammen mit der Kombination von Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 und Pflegegeld gemäß Absatz 2 in Anspruch genommen, bleiben die Leistungen nach Absatz 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten findet Absatz 5 Satz 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v.H. auszugehen und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

C. Kurzzeitpflege

- (10) 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. Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

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

- (11) 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. Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte.

- (12) 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

- (13) 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. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfanges der jeweiligen Pflegeetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegeetätigkeit insgesamt.

Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson

- (14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

- (15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegeetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PV.

H. 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. 11.1 des Tarifes PV. Versicherte Personen in stationärer 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 vollstationärer Pflege (Abs. 11) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PV.

Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ferner dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen 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 (Weglauffendenz);
- b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potentiell 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, Verzagttheit, 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.

I. Pflegeberatung

(18) Versicherte Personen haben ab 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach § 6 Abs. 2,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den

im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,

- c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
- d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage sowie
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird. Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

§ 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; Aufwändungsersatz 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 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) 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 versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII – siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
- 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 vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII – siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

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 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.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 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 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.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

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

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(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 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 sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie

a) nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,

b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,

c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,

d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), 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; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

b) bis zur 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 Jugendfreiwilligendienstegesetzes 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) – siehe Anhang) 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 auf-

genommen 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 (siehe Anhang). 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, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins 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 2.500 EUR verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 VVG (siehe Anhang) 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 (siehe Anhang) 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 Versicherungsbeginns.
- (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 Alterwerdens 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 Risikozuschläge 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, der Häufigkeit von Pflegefällen, aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten 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.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.

- (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 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.
- (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 Pflegeetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Abs. 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Abs. 14 erbringt.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 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 (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 b).
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherten Personen (vgl. § 6 Abs. 5) 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 Person 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.
- (6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversicherungsnummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise 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, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forde-

rungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) 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 (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang -) genügenden privaten Krankenversicherung, 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 drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.
- (2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- (3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer ab 1. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 13a Abs. 6 Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

- (4) 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 von bis zu

zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Abs. 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

- (5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.
- (6) 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 (siehe Anhang) 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.

§ 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, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

- (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.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 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 (siehe Anhang)

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 01. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2010 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2010 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, 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 2010
 - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) 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 (siehe Anhang), überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallene Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

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 2010 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz (siehe Anhang) 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.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge

mit Versicherten
im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt folgendes:

In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2010

- a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
- b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) – (SGB II) oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag

vermindert ist.

- c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2010)
der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe	
Die Tarifleistungen betragen	100 v.H
der nach den Nummern 1 - 11 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 Hochschul- lehrer 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 - 11 vorgesehenen Beträge.	
Sehen die Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 EUR 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 Pflegehilfsmitteln 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 Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.	

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- | | |
|--|------------|
| a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu | 440 EUR, |
| b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu | 1.040 EUR, |
| c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu | 1.510 EUR |

erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwundersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 EUR 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 (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht

die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) 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 Kalendermonat

- | | |
|---|----------|
| a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I | 225 EUR, |
| b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II | 430 EUR, |
| c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III | 685 EUR. |

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 21 EUR, in Pflegestufe III bis zu 31 EUR erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 21 Euro erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.510 Euro je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt.

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 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 die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 2. Halbsatz erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung

im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

- 4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technischen Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel 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 EUR je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

- 4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu

31 EUR

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 EUR

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

- 5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 440 EUR,

- 5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.040 EUR,

- 5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.510 EUR

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 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 Pflegekommissionen 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 für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

1.510 Euro

pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 3 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 v.H. gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

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 medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro je Kalendermonat,

- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro je Kalendermonat,

- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.510 Euro je Kalendermonat,

- d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 3 anerkannt sind, in Höhe von 1.825 Euro je Kalendermonat

erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v.H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang). Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag 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.

- 7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 MB/PPV 2009) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v. H. des nach § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) - (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256 EUR 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.

- 7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536 Euro.

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, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) – Sechstes Buch (VI) – (siehe Anhang) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegefähigkeit.

In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen

Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt nach Maßgabe von § 44a SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 130, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

werden bis zu

100 Euro (Grundbetrag) oder

200 Euro (erhöhter Betrag)

monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI (siehe Anhang).

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. 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.

11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

11.1 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 niedrighschwelligigen Betreuungsangebote, die nach § 45 c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind,

Stand 03.2009

Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

1.1 Pflegebetten

- Pflegebetten, manuell verstellbar 50.45.01.0001-0999
- Pflegebetten, motorisch verstellbar 50.45.01.1000-1999
- Kinder-/ Kleinwüchsigigenpflegebetten 50.45.01.2000-2999

1.2 Pflegebettzubehör

- Bettverlängerungen 50.45.02.0001-0999
- Bettverkürzungen 50.45.02.1000-0999
- Bettgalgen 50.45.02.2000-2999
- Aufrichthilfe 50.45.02.3000-3999
- Seitengitter 50.45.02.4000-4999
- Fixiersysteme für Personen 50.45.02.5000-5999

1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung

- Einlegerahmen 50.45.03.0001-0999
- Rückenstützen, manuell verstellbar 50.45.03.1000-1999

1.4 Spezielle Pflegebettische

- Pflegebettische 50.45.04.0001-0999
- Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte 50.45.04.1000-1999

1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung

- Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett 50.45.06.0001-0999

1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung

- Rollstühle mit Sitzkantelung 50.45.07.0001-3999

1.7 Pflegerollstühle

50.45.08.0001-0999

Hilfsmittel*:

- Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung
- Lifter, fahrbar 22.40.01.0001-0999

- Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert
- Wandlifter 22.40.02.0001-0999

Zubehör für Lifter

- Zubehör für Lifter 22.40.04.0001-0999

Umsetz- und Hebehilfen

- Drehscheiben 22.29.01.0001-0999
- Positionswechselhilfen 22.29.01.1000-1999
- Umlager- / Wendehilfen 22.29.01.2000-2999

Innenraum und Außenbereich

Schieberollstühle

- Standardschieberollstühle 18.50.01.0001-0999

Treppen

Treppenfahrzeuge

- Treppensteighilfen (elektrisch betrieben) 18.65.01.1000-1999
- Treppenraupen 18.65.01.2000-2999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene

2. Produkte zur Hygiene im Bett

- Bettpfannen (Stechbecken) 51.40.01.0001-0999
- Urinflaschen 51.40.01.1000-1999
- Urinschiffchen 51.40.01.2000-2999
- Urinflaschenhalter 51.40.01.3000-3999
- Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar 51.40.01.4000-4999

Waschsysteme

- Kopfwaschsysteme 51.45.01.0001-0999
- Ganzkörperwaschsysteme 51.45.01.1000-1999
- Duschwagen 51.45.01.2000-2099
- Kopfwaschbecken, freistehend 51.45.01.3000-3999
- Hygienesitze 51.45.01.4000-4999

Hilfsmittel*: Neben den genannten Pflegehilfsmitteln, können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die PPV zur Verfügung gestellt werden, wenn sie pflegerisch notwendig sind

Hilfsmittel*:

Badewannenlifter	
• Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
• Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999
Badewanneneinsätze	
• Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999
• Badeliegen	04.40.04.1000-1999
Badewannensitze	
• Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
• Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
• Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
• Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
Duschhilfen	
• Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
• Duschhocker	04.40.03.1000-1999
• Duschstühle	04.40.03.2000-2999
Toilettensitze	
• Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
• Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
• Toilettensitze für Kinder	33.40.01.4000-4999
Toilettenstützgestelle	
• Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
• Toilettenstützgestelle	33.40.02.1000-1999
Toilettenstühle	
• Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff	33.40.04.0001-0999
• Feststehende Holztoilettenstühle	33.40.04.1000-1999
• Toilettenstühle für Kinder	
• Toilettenstühle für Kinder Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen	33.40.04.2000-2999
• Badewannengriff, mobil	04.40.05.0001-0999
• Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
Toilettenrollstühle	
Duschrollstühle	
• Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999

3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität HMV-Nummer

3.1 Notrufsysteme	
• Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte	52.40.01.0001-0999
• Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999

Hilfsmittel*:

Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung	
• Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen	22.50.01.0001-0999
Gehhilfen	
• Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
• Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
• Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
• Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
• Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
Bettpfosten-/Bettrahmenerhöher	

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden HMV-Nummer

4.1 Lagerungsrollen	
• Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999
• Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999

Hilfsmittel*:

Lagerungskeile	
• Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm	20.29.01.0001-3999
Sitzhilfen zur Vorbeugung	
• Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.0001-3999
Liegehilfen zur Vorbeugung	
• Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-3999
• Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.05.0001-2999

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel HMV-Nummer

5.1 Saugende Bettschutzeinlagen	
• Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2 Schutzbekleidung	
• Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
• Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
• Mundschutz	54.99.01.2000-2999
• Schutzschürze	54.99.01.3000-3999
5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
• Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999

Hilfsmittel*:

Saugende Inkontinenzvorlagen	
• Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1	15.25.01.0001-0999
• Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2	15.25.01.1000-1999
• Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3	15.25.01.2000-2999
• Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2	15.25.01.3000-4999
• Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.01.5000-5999
Netzhasen für Inkontinenzvorlagen	
• Netzhasen Größe 1 / Netzhasen Größe 2	15.25.02.0001-1999
Saugende Inkontinenzhasen	
• Inkontinenzhasen Größe 1, 2 und 3	15.25.03.0001-2999
Externe Urinalableiter	
• Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
Urin-Beinbeutel	
• Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
Urin-Bettbeutel	
• Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
Zubehör für Auffangbeutel	
• Haltebänder für Urinbeutel	15.25.11.0001-0999
• Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.25.11.1000-1999
• Halterungen/Befestigungen für Bettbeutel	15.25.11.2000-2999
• Sonstiges Zubehör	15.25.11.3000-3999

Hilfsmittel*: Neben den genannten Pflegehilfsmitteln, können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die PPV zur Verfügung gestellt werden, wenn sie pflegerisch notwendig sind

Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten in der privaten Pflegepflichtversicherung

gültig ab 1. Januar 2010

Nur gültig in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2010)
der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung sowie Teil III des Tarifes

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010 und Tarif PV) gilt folgendes:

1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten i.S.v. § 20 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.
2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nummern 1. – 11. des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2010 ab 1. Januar 2010 bis zu einer Neufestsetzung gemäß Nr. 6 einen monatlichen Beitrag von 16,80 EUR.
3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nr. 1 genannten Eigenschaft.
4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2010, Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26 a Abs. 1 SGB XI“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basisarif gem. § 193 Abs. 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.
5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 34. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4. Sätze 1 und 2.
6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8 b MB/PPV 2010 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.
7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2010 entsprechend.

Pflegetagegeldversicherung

**Pflegetagegeldversicherung
Pflegeergänzungsversicherung**

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegetagegeldversicherung

Teil I Tarifbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (TB/PT) der uniVersa Krankenversicherung a.G.
Nur gültig in Verbindung mit Teil II Tarif PT

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegetagegeld. Der Ersatz von Aufwendungen ist nicht mitversichert.
- (2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Die AVB bestehen aus den Tarifbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung mit Anhang und dem Tarif PT.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, können die mit dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) übereinstimmenden Teile der AVB, insbesondere soweit sie den Gegenstand des Versicherungsschutzes betreffen, gemäß § 18 geändert werden.

- (3) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). 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. 5 und 6) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.
- (4) 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, als Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II gemäß Abs. 7 a) oder in höherem Maße der Hilfe bedürfen.
- Die Hilfe im Sinne des Satzes 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.
- (5) Als Krankheit oder Behinderung im Sinne des Absatzes 4 sind anzusehen
- 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.
- (6) Als gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des § 1 Abs. 4 Satz 2 sind anzusehen
- a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und 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.

- (7) Leistungen nach diesem Versicherungsvertrag werden für pflegebedürftige Personen der Pflegestufen II oder III erbracht. Es gelten als

- a) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB XI) 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,
- b) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI) 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.

Bei Kindern ist für die Zuordnung 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 Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 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 der Wartezeit. 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 die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.
- (3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (4) 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 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre. Sie entfällt bei Unfällen.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.
- (2) Ändert sich die Pflegebedürftigkeit von Pflegestufe II in III oder umgekehrt, wird die Leistung des Versicherers ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung dieser Änderung neu festgesetzt. Im übrigen gilt § 6 Abs. 3 sinngemäß.
- (3) Der in § 12 a (2) VAG (siehe Anhang) geregelte Teil der jährlichen Zuschreibung zur Alterungsrückstellung wird entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers unter Berücksichtigung geltender Rechtsvorschriften zur Leistungserhöhung verwendet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI), sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I handelt es sich um Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen (vgl. § 1) mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen;
 - b) für Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsergebnisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - c) wenn und solange versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes 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;

- d) sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, während der Durchführung einer stationären 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;
 - e) bei auf Vorsatz oder Sucht beruhenden Krankheiten, Unfällen oder Behinderungen, die zu Pflegebedürftigkeit führen (Mitursächlichkeit genügt);
 - f) bei Pflegebedürftigkeit als Folge eines Selbstmordversuches. Die Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn der Selbstmordversuch in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- (2) Bei einer Verminderung der Pflegebedürftigkeit von Pflegestufe II bzw. III in Pflegestufe I entfällt der Anspruch auf Pflegetagegeld mit dem Tag der ärztlichen Feststellung dieser Änderung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag.
- (2) Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II (§ 1, Abs. 7 a) gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit erfüllt ist.
- (3) Eintritt, Stufe der Pflegebedürftigkeit und deren Fortdauer sind durch einen von dem Versicherer zu beauftragenden Arzt festzustellen. Die Untersuchung erfolgt im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereiches durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt der Versicherte zu den Untersuchungen nicht sein Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern. Die Untersuchung im Wohnbereich der versicherten Person kann ausnahmsweise unter-

bleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchung 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.

- (4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise, insbesondere solche nach §§ 6 (3), 9 Abs. 4 und 5, erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (5) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
- (6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.
- (7) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden. Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) 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) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 (3) bzw. adoptierten Kindern gemäß § 2 (4) ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbegins fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.
- (2) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen.
- (3) Risikozuschläge für erhöhte Risiken und für Aufenthalte außerhalb Europas können vereinbart werden.
- (4) 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.
- (5) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (6) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Diese Gegenüberstellung erfolgt getrennt nach Beobachtungseinheiten, wobei als Beobachtungseinheiten Männer, Frauen und Kinder (vgl. § 8 a (2)) gelten.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent. Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent.

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

- (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. für die Pflegepflichtversicherung 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) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Eintritt und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II bzw. III (§ 1, Abs. 7 a bzw. b) ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Die gleiche Anzeigepflicht gilt bei einer Änderung der Pflegebedürftigkeit von Pflegestufe II in III und umgekehrt.

- (2) Während des Versicherungsfalles sind ferner schriftlich und unverzüglich anzuzeigen
- jede Krankenhausbehandlung,
 - jede stationäre Rehabilitationsmaßnahme,
 - jede Kur- oder Sanatoriumsbehandlung,
 - jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung,
 - der Anspruch auf eine der in § 5 (1) c) genannten Entschädigungsleistungen.
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 6) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, den Fortbestand und den Umfang der Pflegebedürftigkeit durch Vorlage einer Bescheinigung des behandelnden Arztes alle sechs Monate nachzuweisen, es sei denn, dass der Versicherer die Bescheinigung in anderen Abständen anfordert.
- (5) Die Pflegetätigkeit muss von den pflegenden Personen bzw. Einrichtungen monatlich nachgewiesen werden.

- (6) Die versicherte Person hat für die Beendigung bzw. Besserung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes und der Pflegefachkraft gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

- (7) Mit Ausnahme der Pflegepflichtversicherung darf der Neuabschluss oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegeversicherung (insbesondere Pflegetagegeld-, Pflegekosten-, Pflegerentenversicherung) nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 9 Abs. 7 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 entfällt

§ 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) Der Vertrag wird für die Dauer eines Jahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge (einschließlich Pflegekrankenversicherungen), so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrages, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben damit keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.
- (5) 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.
- (6) 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 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.
- (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 kann das Versicherungsverhältnis innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.
 - (1a) Der Versicherer verzichtet auf das Kündigungsrecht nach Abs. 1, wenn das Versicherungsverhältnis in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung (ambulante und stationäre Heilbehandlung mit Zahnbehandlung) besteht oder wenn – unabhängig vom Bestehen anderer Tarife – der Versicherungsfall aufgrund eines Unfalls eingetreten ist.
- (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) Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit dem Wegzug in das Ausland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug in ein Land der Europäischen Union ist der Versicherer zur Fortsetzung des Vertrages verpflichtet, die von besonderen Vereinbarungen abhängig gemacht werden kann.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Tarif PT **für Pflegetagegeld bei häuslicher und stationärer Pflege von** **Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen**

Teil II Tarif: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Tarifbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung (TB/PT)
der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherbares Pflegetagegeld

1.1 Der Tagessatz beträgt mindestens 15 EUR. Dieser Betrag kann in 5-Euro-Schritten gegen entsprechenden Mehrbeitrag erhöht werden.

Die Höhe des versicherten Pflegetagegeldes (bezogen auf vollstationäre Pflege) ergibt sich aus der vollständigen Tarifbezeichnung. So bedeutet z. B. PT 50, dass das Pflegetagegeld bei vollstationärer Pflege 50 EUR und bei häuslicher bzw. teilstationärer Pflege 25 EUR beträgt.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Pflegetagegeld

Im vertraglichen Umfang werden Leistungen für vollstationäre oder häusliche (einschließlich teilstationäre) Pflege erbracht, und zwar unabhängig von der Höhe entstandener Pflegekosten und auch für Sonn- und Feiertage.

Innerhalb eines Tages können nicht gleichzeitig Leistungen für häusliche (einschließlich teilstationäre) und vollstationäre Pflege beansprucht werden.

2.2 Leistungsvoraussetzungen

Die Zahlung von Pflegetagegeld setzt voraus, dass bei der versicherten Person nach objektivem ärztlichen Befund Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. 7 a TB/PT) oder Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit gemäß § 1 Abs. 7 b TB/PT) besteht.

2.3 Volles Pflegetagegeld bei vollstationärer Pflege

Bei Inanspruchnahme vollstationärer (Unterbringung und Verpflegung ganztägig) Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) wird das Pflegetagegeld in voller Höhe gezahlt. Voraussetzung ist, dass es sich um eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung handelt, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer geeigneten Pflegefachkraft ganztägig untergebracht und gepflegt werden können.

Wird der Pflegebedürftige vollstationär gepflegt, obwohl dies nicht notwendig ist, wird Pflegetagegeld nach Ziffer 2.4 gezahlt. Das gilt auch, wenn häusliche bzw. teilstationäre Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann.

2.4 Halbes Pflegetagegeld bei häuslicher bzw. teilstationärer Pflege

Das Pflegetagegeld wird bei häuslicher bzw. teilstationärer (Unterbringung und Verpflegung nur tagsüber oder nur nachts) Pflege zur Hälfte gezahlt.

Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige in seiner häuslichen Umgebung oder teilstationär gepflegt wird.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegeergänzungsversicherung

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

Teil II Tarifbedingungen für die Pflegeergänzungsversicherung (TB/EPV) der uniVersa Krankenversicherung a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege [oder ein Pflegegeld*] (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

* entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung

- (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 der 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 Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige 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 (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

(11.1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich abweichend von § 1 Absatz 11 auf Pflege in Europa.

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ist § 15 Absatz 4.1, zu beachten.

- (12) 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 ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) 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 der Wartezeit. 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 die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den zukünftigen Teil des Versicherungsschutzes.

(1.1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungs-

schutz 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 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

(2.1) Die Wartezeit entfällt.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

(ca) Abweichend von § 5 Absatz 1 c) besteht Leistungspflicht bei einem Aufenthalt in Europa.

[d)* soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (s. Anhang) 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;]

[e)* soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;]

* entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung

f) 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 ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

- (2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

- (3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 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. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(1.1) Der Antrag auf Leistung ist nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe zu stellen, ab der Leistungen vorgesehen sind.

(1.2) Erfolgt die Antragstellung innerhalb von sechs Monaten nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe ab der Leistungen vorgesehen sind, wird die Leistung abweichend von § 6 Absatz 1 nachträglich ab dem ersten Tag der Pflegebedürftigkeit erbracht. Wird der Antrag später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht.

- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

- (3) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4.1) Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer die Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

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

- (6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

(6.1) Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

(1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Absatz 2 bzw. ad-

optierten Kindern gemäß § 2 Absatz 3 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige 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 §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 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.

(1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(1.2) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Absatz 3 geregelt.

(1.3) Risikozuschläge für erhöhte Risiken können vereinbart werden.

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und 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.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der

Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vmhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(1.1) Diese Gegenüberstellung erfolgt getrennt nach Beobachtungseinheiten, wobei als Beobachtungseinheiten Männer, Frauen und Kinder (vgl. § 8 a Abs. 1.2) gelten.

(1.2) Der tariflich festzulegende Vmhundertsatz gemäß § 8 b Absatz 1 beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent. Eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b ist möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als fünf Prozent ergibt. Der gesetzlich festgelegte Vmhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent.

(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. zur Pflegepflichtversicherung 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) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (s. Anhang) [und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 d*].

* entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(3.1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, den Fortbestand und den Umfang der Pflegebedürftigkeit durch Vorlage einer Bescheinigung des behandelnden Arztes alle sechs Monate nachzuweisen, es sei denn, dass der Versicherer die Bescheinigung in anderen Abständen anfordert. Ist die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe bereits durch die private oder soziale Pflegepflichtversicherung festgestellt worden, genügt die Vorlage der entsprechenden Nachweise.

(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 der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(1.1) Zu den in § 10 Absatz 1 Satz 1 beschriebenen Obliegenheiten zählen auch die in § 9 Absatz 3.1 genannten Obliegenheiten. Zu den genannten Nachweisen nach § 9 Absatz 1 Satz 1 zählen insbesondere die Nachweise nach § 9 Absatz 3.1.

- (2) Wird die in § 9 Absatz 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(1.1) Der Vertrag wird für die Dauer eines Jahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

(1.2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge (einschließlich Pflegekrankenversicherungen), so endet das erste Versicherungsjahr mit

dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrages, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben damit keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife 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 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 gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 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.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

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

(6.1) Abweichend von § 13 Absatz 6 ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

(1.1) 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 oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

- (3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Risikozuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln*.

* entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung

(3.1) Das Anrecht auf eine Fortführung als Anwartschaftsversicherung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt der Verlegung beim Versicherer schriftlich geltend zu machen.

(4) In der Pflegegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Risikozuschlag verlangen.

(4.1) Abweichend von § 15 Abs. 4 endet das Versicherungsverhältnis auch in der Pflegegeldversicherung nur, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(4.2) Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4.3) Das Anrecht auf eine Fortführung als Anwartschaftsversicherung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt der Verlegung beim Versicherer schriftlich geltend zu machen.

(5) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, soweit nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Tarif PT-Premium (PT-P) für Pflegetagegeld bei häuslicher und stationärer Pflege (Pflegestufen I, II und III)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen für die Pflegeergänzungsversicherung (TB/EPV) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer zahlt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall folgende Leistungen:

1.1 Pflegetagegeld

1.1.1 Das Pflegetagegeld kann in ganzen Vielfachen von 5 EUR versichert werden. Es muss mindestens 15 EUR betragen.

Das Pflegetagegeld wird unabhängig von der Höhe entstandener Pflegekosten und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit gezahlt.

Das vereinbarte Pflegetagegeld beträgt

- | | |
|---|-------|
| a) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I | 40 % |
| b) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II | 60 % |
| c) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III | 100 % |
| d) für von der gesetzlichen Pflegeversicherung gemäß § 36 Absatz 4 SGB XI oder § 43 Absatz 3 SGB XI anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III | 150 % |

des vereinbarten Tagessatzes.

1.1.2 Doppeltes Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit nach Unfällen

Tritt die Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls ein, wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld verdoppelt. Das doppelte Pflegetagegeld wird nur gezahlt, wenn und solange die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

1.1.3 Doppeltes Pflegetagegeld, wenn Kinder unter 18 Jahren versorgt werden müssen

Im Falle einer Pflegebedürftigkeit wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld verdoppelt, wenn und solange mindestens ein Kind unter 18 Jahren versorgt werden muss.

Als Kinder werden berücksichtigt:

- im ersten Grad mit der versicherten Person verwandte Kinder,
- angenommene (adoptierte) Kinder,
- Kinder des Ehegatten und
- Pflegekinder,

die bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, solange sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

1.1.4 Der Anspruch auf doppeltes Pflegetagegeld besteht auch bei gleichzeitigem Vorliegen der Voraussetzungen nach Abschnitt 1.1.2 und 1.1.3 nur einmal. Das heißt, die Verdoppelung erfolgt entweder nach Abschnitt 1.1.2 oder nach Abschnitt 1.1.3.

1.1.5 Halbes Pflegetagegeld bei stationären Aufenthalten, die nicht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruhen

Abweichend von § 5 Absatz 1 f) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld während der Dauer einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, die nicht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht, zur Hälfte gezahlt.

1.1.6 Auszahlung des Pflegetagegeldes

Das Pflegetagegeld gemäß den Abschnitten 1.1.1 bis 1.1.5 wird monatlich im Voraus ausgezahlt.

1.2 Sonderzahlung

Eine Sonderzahlung in Höhe des 10fachen des gemäß Abschnitt 1.1.1 a) bis c) vereinbarten Pflegetagegeldes wird bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zusammen mit der ersten Leistungsauszahlung gezahlt.

Anschließend erfolgt die Auszahlung der Sonderzahlung kontinuierlich nach Ablauf von jeweils zwei Jahren, sofern noch Pflegebedürftigkeit für die versicherte Person besteht.

1.3 Beitragsbefreiung

Wenn und solange für eine versicherte Person Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III besteht, wird der Tarif für diese Person beitragsfrei weitergeführt. Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Ersten des Monats, für den erstmals Leistungen gemäß den Abschnitten 1.1.1 c) oder d) aus diesem Tarif ausgezahlt werden.

2. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

2.1 Voraussetzung

Das Pflegetagegeld wird – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – zur Werterhaltung erhöht, wenn die versicherte Person zum Anpassungszeitpunkt

- ein tarifliches Lebensalter von mindestens 21 Jahren erreicht hat
- und
- seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen nach Tarif PT-Premium versichert ist.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr der Anpassung und dem Geburtsjahr.

2.2 Anpassungszeitpunkt

Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld erstmals zum 1. Juli 2009 und danach in dreijährigen Abständen zum 1. Juli des betreffenden Jahres.

2.3 Dynamische Erhöhung

2.3.1 Im Jahr der dynamischen Erhöhung übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer vor dem Anpassungszeitpunkt einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der das neue Pflegetagegeld, den Anpassungszeitpunkt und den neuen Beitrag enthält. Eventuell vereinbarte besondere Bedingungen (insbesondere Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) gelten auch für das hinzukommende Pflegetagegeld.

2.3.2 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird für die jeweilige versicherte Person nach deren Geschlecht und dem zum Anpassungszeitpunkt erreichten tariflichen Lebensalter berechnet; Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Es gelten die jeweils für Neueintretende gültigen technischen Berechnungsgrundlagen mit der darin enthaltenen Beitragstabelle. Alle weiteren Einzelheiten der dynamischen Erhöhung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

2.3.3 Das Pflegetagegeld einer versicherten Person wird um 10 % erhöht. Dabei wird das Pflegetagegeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag gerundet.

2.4 Zustandekommen der dynamischen Erhöhung

Die dynamische Erhöhung gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein schriftlich widerspricht. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherungsnehmer bei Zusendung des Nachtrages zum Versicherungsschein nochmals ausdrücklich hingewiesen.

2.5 Erlöschen des Rechts auf dynamische Erhöhung

Das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen für eine versicherte Person erlischt, wenn der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person mehr als zweimal unmittelbar hintereinander widersprochen hat. Es kann jedoch auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

2.6 Sondervorteile

Eine dynamische Erhöhung wird ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen. Der höhere Versicherungsschutz beginnt auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle mit dem Anpassungszeitpunkt.

3. Versicherte Option auf Nachversicherung / Tarifumstellung

3.1 Nachversicherung/Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach Reformen in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif PT-Premium versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen oder privaten Pflegeversicherung (Zieltarife), die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung vom Versicherer eingeführt werden,

zu Sonderkonditionen. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

3.2 Sonderkonditionen

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnitts 3.3 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

- a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.
- b) Die Versicherungszeit im Tarif PT-Premium wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.
- c) Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

Die Beitragseinstufung bei Tarifumstellung ist in § 8 a Absatz 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

- d) Sind für die Versicherung nach Tarif PT-Premium besondere Bedingungen wie z. B. Leistungsausschlüsse oder besonders vereinbarte Beitragszuschläge vereinbart, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

3.3 Stichtage

Von dem gemäß Abschnitt 3.1 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch gemacht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer schriftlich geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

Fassung 06.2006

Tarif PT-Komfort (PT-K) für Pflegetagegeld bei häuslicher und stationärer Pflege von Schwerstpflegebedürftigen (Pfleigestufe III)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen für die Pflegeergänzungsversicherung (TB/EPV) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer zahlt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall folgende Leistungen:

1.1 Pflegetagegeld

1.1.1 Das Pflegetagegeld kann in ganzen Vielfachen von 5 EUR versichert werden. Es muss mindestens 15 EUR betragen.

Das Pflegetagegeld wird unabhängig von der Höhe entstandener Pflegekosten und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III gezahlt.

Das vereinbarte Pflegetagegeld beträgt

- | | |
|---|-------|
| a) bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III | 100 % |
| b) für von der gesetzlichen Pflegeversicherung gemäß § 36 Absatz 4 SGB XI oder § 43 Absatz 3 SGB XI anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III | 150 % |

des vereinbarten Tagessatzes.

Bei Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I oder Pflegestufe II sieht der Tarif keine Leistungen vor.

1.1.2 Doppeltes Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit nach Unfällen

Tritt Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls ein, wird das gemäß Abschnitt

1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld verdoppelt. Das doppelte Pflegetagegeld wird nur gezahlt, wenn und solange die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

1.1.3 Doppeltes Pflegetagegeld, wenn Kinder unter 18 Jahren versorgt werden müssen

Im Falle einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld verdoppelt, wenn und solange mindestens ein Kind unter 18 Jahren versorgt werden muss.

Als Kinder werden berücksichtigt:

- im ersten Grad mit der versicherten Person verwandte Kinder,
- angenommene (adoptierte) Kinder,
- Kinder des Ehegatten und
- Pflegekinder,

die bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, solange sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

1.1.4 Der Anspruch auf doppeltes Pflegetagegeld besteht auch bei gleichzeitigem Vorliegen der Voraussetzungen nach Abschnitt 1.1.2 und 1.1.3 nur einmal. Das heißt, die Verdoppelung erfolgt entweder nach Abschnitt 1.1.2 oder nach Abschnitt 1.1.3.

1.1.5 Halbes Pflegetagegeld bei stationären Aufenthalten, die nicht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruhen

Abweichend von § 5 Absatz 1 f) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, wird das gemäß Abschnitt 1.1.1 vereinbarte Pflegetagegeld wäh-

rend der Dauer einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, die nicht ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht, zur Hälfte gezahlt.

1.1.6 Auszahlung des Pflegetagegeldes

Das Pflegetagegeld gemäß den Abschnitten 1.1.1 bis 1.1.5 wird monatlich im Voraus ausgezahlt.

1.2 Sonderzahlung

Eine Sonderzahlung in Höhe des 10fachen des gemäß Abschnitt 1.1.1 a) vereinbarten Pflegetagegeldes wird bei erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III zusammen mit der ersten Leistungsauszahlung gezahlt.

Anschließend erfolgt die Auszahlung der Sonderzahlung kontinuierlich nach Ablauf von jeweils zwei Jahren, sofern noch Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III für die versicherte Person besteht.

1.3 Beitragsbefreiung

Wenn und solange für eine versicherte Person Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III besteht, wird der Tarif für diese Person beitragsfrei weitergeführt. Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Ersten des Monats, für den erstmals Leistungen aus diesem Tarif ausbezahlt werden.

2. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

2.1 Voraussetzung

Das Pflegetagegeld wird – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – zur Werterhaltung erhöht, wenn die versicherte Person zum Anpassungszeitpunkt

- ein tarifliches Lebensalter von mindestens 21 Jahren erreicht hat
- und
- seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen nach Tarif PT-Komfort versichert ist.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr der Anpassung und dem Geburtsjahr.

2.2 Anpassungszeitpunkt

Der Versicherer erhöht das Pflegetagegeld erstmals zum 1. Juli 2009 und danach in dreijährigen Abständen zum 1. Juli des betreffenden Jahres.

2.3 Dynamische Erhöhung

2.3.1 Im Jahr der dynamischen Erhöhung übersendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer vor dem Anpassungszeitpunkt einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der das neue Pflegetagegeld, den Anpassungszeitpunkt und den neuen Beitrag enthält. Eventuell vereinbarte besondere Bedingungen (insbesondere Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) gelten auch für das hinzukommende Pflegetagegeld.

2.3.2 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird für die jeweilige versicherte Person nach deren Geschlecht und dem zum Anpassungszeitpunkt erreichten tariflichen Lebensalter berechnet; Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag. Es gelten die jeweils für Neueintretende gültigen technischen Berechnungsgrundlagen mit der darin enthaltenen Beitragstabelle. Alle weiteren Einzelheiten der dynamischen Erhöhung sind in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

2.3.3 Das Pflegetagegeld einer versicherten Person wird um 10 % erhöht. Dabei wird das Pflegetagegeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag gerundet.

2.4 Zustandekommen der dynamischen Erhöhung

Die dynamische Erhöhung gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein schriftlich widerspricht. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherungsnehmer bei Zusendung des Nachtrages zum Versicherungsschein nochmals ausdrücklich hingewiesen.

2.5 Erlöschen des Rechts auf dynamische Erhöhung

Das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen für eine versicherte Person erlischt, wenn der Versicherungsnehmer für diese versicherte Person mehr als zweimal unmittelbar hintereinander widersprochen hat. Es kann jedoch auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

2.6 Sondervorteile

Eine dynamische Erhöhung wird ohne erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen. Der höhere Versicherungsschutz beginnt auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle mit dem Anpassungszeitpunkt.

3. Versicherte Optionen auf Höher- oder Nachversicherung

3.1 Höherversicherung von Tarif PT-Komfort in Tarif PT-Premium

3.1.1 Der Versicherer garantiert jeder im Tarif PT-Komfort versicherten Person, die bei Abschluss des Tarifs PT-Komfort das tarifliche Eintrittsalter von 55 Jahren noch nicht überschritten hat, die Höherversicherung durch Umstellung in den Tarif PT-Premium (Zieltarif) zu Sonderkonditionen. Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr (vgl. § 8 a Absatz 1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II).

3.1.2 Für den Zieltarif gelten die folgenden Sonderkonditionen,

wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnitts 3.3.1 fristgemäß geltend macht

und

für die versicherte Person mit Tarif PT-Komfort erstmals eine Pflegetagegeldversicherung beim Versicherer besteht:

- a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.
- b) Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung ist in § 8 a Absatz 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.
- c) Sind für die Versicherung nach Tarif PT-Komfort besondere Bedingungen wie z. B. Leistungsausschlüsse oder besonders vereinbarte Beitragszuschläge vereinbart, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

3.2 Nachversicherung/Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach Reformen der gesetzlichen Pflegeversicherung

3.2.1 Der Versicherer garantiert jeder im Tarif PT-Komfort versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen oder privaten Pflegeversicherung (Zieltarife), die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen der Pflegestufe III in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung vom Versicherer eingeführt werden, zu Sonderkonditionen. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

3.2.2 Sonderkonditionen

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnitts 3.3.2 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

- a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.
- b) Die Versicherungszeit im Tarif PT-Komfort wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.
- c) Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

Die Beitragseinstufung bei Tarifumstellung ist in § 8 a Absatz 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

- d) Sind für die Versicherung nach Tarif PT-Komfort besondere Bedingungen wie z. B. Leistungsausschlüsse oder besonders vereinbarte Beitragszuschläge vereinbart, so werden diese auch auf den neuen Versicherungsschutz entsprechend übertragen.

3.3 Stichtage

3.3.1 Von dem gemäß Abschnitt 3.1.1 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, die jeweils ab dem für die versicherte Person geltenden Versicherungsbeginn im Tarif PT-Komfort gerechnet werden:

- zum Monatsersten nach Ablauf von fünf Jahren
- oder
- zum Monatsersten nach Ablauf von zehn Jahren.

Als zusätzlicher Stichtag gilt der Erste des Monats, der auf die Vervollendung des 50. Lebensjahres folgt.

Der jeweilige Stichtag stellt den Beginn des Zieltarifs dar.

Beispiel:

Beginn der Versicherung nach Tarif PT-Komfort: 01.09.2006
Geburtsdatum der versicherten Person: 14.10.1963

Der Zieltarif beginnt entweder am:

1. Stichtag: 01.09.2011 (nach Ablauf von 5 Jahren)
2. Stichtag: 01.11.2013 (nach 50. Geburtstag)
- oder 3. Stichtag: 01.09.2016 (nach Ablauf von 10 Jahren)

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

3.3.2 Von dem gemäß Abschnitt 3.2.1 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch gemacht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer schriftlich geltend machen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

Spezielle Versicherungen

**Allgemeine Versicherungsbedingungen
für den Tarif *OPTI 2008***

**Allgemeine Versicherungsbedingungen
für den Tarif *AWG***

**Besondere Bedingungen für die
Anwartschaftsversicherung (BB AWV)**

**Besondere Bedingungen für die
Anwartschaftsversicherung
in der privaten Pflegepflichtversicherung**

**Besondere Bedingungen für
Ausbildungszeiten (BB AE)**

**Auslandsreisekrankenversicherung
nach Tarif RD 2003 (AVB/RD 2003)**

Tarif OPTI 2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif OPTI 2008 der uniVersa Krankenversicherung a. G.

Anrecht auf Private Krankenversicherung zu Sonderkonditionen

Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung erhalten durch die Versicherung in diesem Tarif für sich und ihre nach Tarif OPTI 2008 mitversicherten Familienangehörigen ein Anrecht auf Aufnahme in eine private Krankenversicherung der uniVersa Krankenversicherung a.G., die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzt.

Versicherte in einer Krankheitskostenvollversicherung der uniVersa Krankenversicherung a.G. erhalten ein Anrecht auf Höher- oder Nachversicherung.

Für die Versicherten wird garantiert, dass nach Geltendmachung der vereinbarten Anrechte eine erneute Gesundheitsprüfung entfällt und nach Anrechnung der Versicherungszeiten des Tarifes OPTI 2008 in der Krankenversicherung keine erneuten Wartezeiten anfallen. In den Tarifen der Krankenversicherung besteht somit Versicherungsschutz ab Versicherungsbeginn und alle während der Laufzeit des Tarifes OPTI 2008 eingetretenen Krankheiten oder Unfallfolgen sind mitversichert.

Die genauen Bestimmungen des Tarifes OPTI 2008 sind den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

§ 1 Versicherungsfähiger Personenkreis

(1) Versicherungsfähigkeit im Tarif OPTI 2008 besteht für die nachstehend aufgeführten Personen, sofern diese bei Abschluss des Tarifes OPTI 2008 das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

- a) versicherungspflichtige Mitglieder eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung;
- b) Studenten/innen, die bei einer Hochschule, Fachhochschule oder anderen gleichwertigen Einrichtung eingeschrieben (immatrikuliert) sind;
- c) freiwillig versicherte Mitglieder eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, solange dieser zur Beitragsberechnung niedrigere Einnahmen als die nach § 223 (3) Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgebende Beitragsbemessungsgrenze zugrunde legt;
- d) Mitglieder eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, solange diese aufgrund eines Wahltarifes an diesen gebunden sind.
- e) Versicherte der uniVersa Krankenversicherung a. G. mit einer Krankheitskostenvollversicherung, die die Gesetzliche Krankenversicherung ersetzt, und die bereits seit Vertragsbeginn wesentliche Leistungsbereiche oder einen Krankentagegeldtarif nicht mitversichert haben.

(2) **Mitversicherbarer Personenkreis:**

Nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Partnerschaftsgesetz und Kinder der unter § 1 (1) a) bis d) aufgeführten versicherungsfähigen Personen können - jeweils gegen eigenen Beitrag - mitversichert werden, sofern diese bei Abschluss des Tarifes OPTI 2008 das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

§ 2 Versicherte Anrechte – Leistungen des Versicherers

Der Umfang des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(1) **Anrecht auf private, substitutive Krankenversicherung für gesetzlich Versicherte:**

(1.1) Der Versicherer garantiert die Versicherung in einer privaten, die gesetzliche Krankenversicherung ersetzenden Krankenversicherung für alle gemäß § 1 (1) a) bis d) versicherten und nach § 1 (2) mitversicherten Personen, sobald für sie keine Versicherungsfähigkeit für Tarif OPTI 2008 mehr besteht und der Versicherungsnehmer dieses Anrecht

gemäß § 3 (1) beim Versicherer geltend macht.

Im Rahmen des dann gegebenen Tarifwerks des Versicherers wird die Versicherung in den für den Neuzugang und den entsprechenden Personenkreis geöffneten Tarifen (Zieltarife) der nachstehend aufgeführten Leistungsbereiche zu den dann gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgen:

a) Für Arbeitnehmer/innen:

- Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;
- Krankentagegeldversicherung mit Leistungsbeginn im Anschluss an die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts - frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (beachte § 2 Abs. 1.2);
- Pflegetagegeldversicherung mit einem kalendertäglichen Tagegeld bis zu 60 EUR;
- Pflegepflichtversicherung nach § 23 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI).

b) Für selbständig Tätige:

- Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;
- Krankentagegeldversicherung mit frühestem Leistungsbeginn ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit (beachte § 2 Abs. 1.2);
- Pflegetagegeldversicherung mit einem kalendertäglichen Tagegeld bis zu 60 EUR;
- Pflegepflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

c) Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe (Beihilfeberechtigte) bzw. als berücksichtigungsfähiger Familienangehöriger:

- beihilfekonforme Restkostenversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;
- Krankenhaustagegeldversicherung maximal in Höhe der, nach den für die versicherte Person gültigen Beihilfevorschriften vorgesehenen, täglichen Selbstbeteiligung im Krankenhaus;
- Pflegetagegeldversicherung mit einem kalendertäglichen Tagegeld bis zu 60 EUR;

¹ Dieser Betrag wird jährlich durch die Bundesregierung per Rechtsverordnung (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung) festgesetzt, die im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wird.

- Beihilfeergänzungsversicherung, sofern dafür Versicherungsfähigkeit gegeben ist;

- Pflegepflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

Der Erstattungsprozentsatz der Restkostenversicherung ist so zu wählen, dass er zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz aus der Beihilfe 100 nicht überschreitet.

- d) Für mitversicherte, nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder der in a) und b) aufgeführten Personen:

- Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;

- Pflegetagegeldversicherung mit einem kalendertäglichen Tagegeld bis zu 60 EUR;

- Pflegepflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

- (1.2) Die Tagegeldhöhe einer Krankentagegeldversicherung ist vom Versicherungsnehmer wählbar. Sie darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen zzgl.

- der für den Erhalt von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erforderlichen Beitragszahlungen Rentenversicherungspflichtiger sowie

- der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung

nicht übersteigen, jedoch in allen Tarifstufen mit Leistungsbeginn bis zum 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit insgesamt höchstens 260 EUR für freiberuflich Tätige und 130 EUR für alle anderen Selbständigen.

- (1.3) Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht gemäß den Bestimmungen des § 3 (1) beim Versicherer geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

- a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt; damit ergeben sich für die während der Laufzeit des Tarifes *OPTI 2008* neu aufgetretenen Krankheiten und Unfallfolgen weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge.

- b) Die Leistungspflicht in der Krankenversicherung beginnt am Tag des Versicherungsbeginns im Zieltarif, wenn die bedingungsgemäßen Wartezeiten des Zieltarifes durch die Anrechnung der Versicherungszeit im Tarif *OPTI 2008* entfallen sind. Dies gilt auch hinsichtlich bereits eingetretener Versicherungsfälle für Behandlungszeiten ab Versicherungsbeginn in den Zieltarifen.

- c) Die Beitragseinstufung erfolgt zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

- d) Die Versicherungszeit im Tarif *OPTI 2008* wird nicht auf solche Leistungsbegrenzungen angerechnet, die ein Zieltarif für die ersten Versicherungs- bzw. Kalenderjahre vorsieht.

- e) Die Versicherungszeit im Tarif *OPTI 2008* wird nicht auf die Vorversicherungszeit der Pflegepflichtversicherung gemäß § 110 (3) SGB XI angerechnet.

- (2) Anrecht für bereits privat krankheitskostenvollversicherte Personen auf Höher- oder Nachversicherung:**

- (2.1) Der Versicherer garantiert für gemäß § 1 (1) e) versicherte Personen

- a) die Höherversicherung durch Tarifumstellung entweder in eine andere Tarifstufe oder in einen anderen Tarif mit größerem Leistungsumfang (Zieltarife) als bisher vereinbart sowie

- b) die Nachversicherung, d.h. die Vereinbarung von Tarifen (Zieltarife) zusätzlich zum bisher vereinbarten Versicherungsschutz.

Wird ein Krankentagegeldtarif beantragt, garantiert der Versicherer die Aufnahme in Tarifstufen mit einem Leistungsbeginn

- für Arbeitnehmer/innen im Anschluss an die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts - frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit,

- für selbständig Tätige frühestens ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Die Bestimmungen des § 2 (1.2) sind dabei zu beachten.

Wählbar sind alle für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Höher- oder Nachversicherung geöffneten Tarife der Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung des Versicherers.

- (2.2) Für die Höherversicherung gelten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht entsprechend den Bestimmungen des § 3 (2) beim Versicherer geltend macht, folgende, über die gesetzlichen und in bereits bestehenden Tarifen beim Versicherer fixierten Tarifwechselrechte hinausgehenden Sonderkonditionen:

- a) Der Versicherer nimmt keine erneute Gesundheitsprüfung vor.

- b) Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung im Verhältnis der durch die Umstellung bedingten Veränderung der Tarifbeiträge übernommen.

- (2.3) Für die Nachversicherung gelten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht entsprechend den Bestimmungen des § 3 (2) beim Versicherer beantragt, die Sonderkonditionen gemäß § 2 (1.3) a) bis d).

- (3) Anrecht auf Vereinbarung von Zusatzversicherungen bei Nicht-einlösen des Anrechtes aus § 2 (1) bzw. (2) oder zu bestimmten Stichtagen:**

- (3.1) Sofern der Tarif *OPTI 2008* gemäß § 7 (1) c) für eine versicherte Person wegen Vollendung des 50. Lebensjahres endet, ohne dass diese ihr Anrecht aus § 2 (1) bzw. (2) wahrnimmt, garantiert der Versicherer der betreffenden Person die Aufnahme in für den Neuzugang geöffnete Zusatzversicherungen sowie einer Krankentagegeldversicherung mit einem Leistungsbeginn ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, sofern für die betreffende Person Versicherungsfähigkeit besteht in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung des Tarifes *OPTI 2008*, wenn dies entsprechend den Bestimmungen des § 3 (3) beim Versicherer beantragt wird. In der Krankenhaus- und Pflegetagegeldversicherung kann dabei eine Tagegeldleistung bis zu 60 EUR versichert werden.

- (3.2) Sofern das Anrecht aus § 2 (1) bzw. (2) vom Versicherungsnehmer nicht wahrgenommen wird, besteht zu den nachfolgenden Stichtagen für die versicherte Person das Recht auf Aufnahme in für den Neuzugang geöffnete Zusatzversicherungen sowie einer Krankentagegeldversicherung mit einem Leistungsbeginn ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, sofern für die betreffende Person Versicherungsfähigkeit besteht:

- zum Monatsersten nach Ablauf von vier Versicherungsjahren.

- zum Monatsersten nach jeweils weiteren fünf Versicherungsjahren.

Die Zusatzversicherungen und die Krankentagegeldversicherung müssen entsprechend den Bestimmungen des § 3 (3) beim Versicherer beantragt werden. In der Krankenhaus- und Pflegetagegeldversicherung kann dabei eine Tagegeldleistung bis zu 60 EUR versichert werden.

- (3.3) Für die Zusatzversicherung gelten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht entsprechend den Bestimmungen des § 3 (3) beim Versicherer beantragt, die Sonderkonditionen gemäß § 2 (1.3) a) bis d).

§ 3 Wahrnehmung eines versicherten Anrechtes

- (1) Wahrnehmung des Anrechtes auf private, substitutive Krankenversicherung für gesetzlich Versicherte:**

- (1.1) Will der Versicherungsnehmer von seinem Anrecht gemäß § 2 (1) Gebrauch machen, muss er dies beim Versicherer

- innerhalb von sechs Monaten nach Kenntnis des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit für Tarif *OPTI 2008*,

- sowohl für sich als auch die mitversicherten Personen,

- mit Wirkung für den Zeitpunkt, der unmittelbar an das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung anschließt, spätestens zum Beginn des siebten Monats nach Kenntnis des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit

schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht und der Tarif *OPTI 2008* wird gemäß § 7 (1) b) beendet.

(2) Wahrnehmung des Anrechts auf Höher- oder Nachversicherung für bereits privat krankheitskostenvollversicherte Personen:

Der Versicherungsnehmer kann von seinem Anrecht gemäß § 2 (2) zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch machen:

- a) zum Monatsersten nach Ablauf von drei Versicherungsjahren der versicherten Person im Tarif *OPTI 2008* oder
- b) zum Monatsersten nach Ablauf von fünf Versicherungsjahren der versicherten Person im Tarif *OPTI 2008* oder
- c) zum Ersten des Monats der auf die Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person folgt,

wobei der jeweilige Stichtag den Versicherungsbeginn in den Zieltarifen darstellt.

Er muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das jeweilige versicherte Anrecht.

(3) Wahrnehmung des Anrechts auf Vereinbarung von Zusatzversicherungen bei Nichteinlösen eines Anrechtes aus § 2 (1) oder (2) oder zu bestimmten Stichtagen:

- (3.1) Will der Versicherungsnehmer von seinem Anrecht gemäß § 2 (3.1) Gebrauch machen, muss er dies bis spätestens zwei Monate nach Vollendung des 50. Lebensjahres für die betreffende versicherte Person beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.
- (3.2) Will der Versicherungsnehmer von seinem Anrecht gemäß § 2 (3.2) Gebrauch machen, muss er dies für die betreffende versicherte Person bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das jeweilige versicherte Anrecht.

§ 4 Pflichten des Versicherungsnehmers

(1) Beitragszahlung

- (1.1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Er kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen bzw. adoptierten Kindern gemäß § 6 (2) ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.
- (1.3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt dieser Zeitpunkt vor dem Versicherungsbeginn, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig.
- (1.4) 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 entrichtet ist.
- (1.5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 bzw. 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust der versicherten Anrechte führen.
- (1.6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

- (1.7) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind mittels Einzugsermächtigungsverfahren zu entrichten, wenn nicht anders vereinbart.

(2) Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

(3) Beitragsänderung

- (3.1) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 7 (2.5) geregelt.
- (3.2) Der Tarif *OPTI 2008* räumt den Versicherten die in § 2 beschriebenen Anrechte auch dann ein, wenn sich während der Laufzeit des Vertrages die Risikoverhältnisse ändern, z. B. weil sich der Gesundheitszustand von Versicherten verschlechtert. Die Kalkulation des Beitrages des Tarifs *OPTI 2008* basiert auf den Risikoverhältnissen und Beiträgen der Zieltarife und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Tarifs *OPTI 2008* festgelegt. Der Versicherer kann deshalb bei einer Beitragsanpassung, die die Voraussetzungen des § 203 Abs. 2 VVG (s. Anhang) erfüllt und in mindestens einem der Zieltarife durchgeführt wird, auch die Beiträge des Tarifes *OPTI 2008* überprüfen und entsprechend der technischen Berechnungsgrundlage anpassen. Voraussetzung ist, dass ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat.

(4) Mitwirkungspflichten

- (4.1) Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß § 1 ist dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Kenntnis schriftlich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
- (4.2) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs gemäß § 2 erforderlich ist.

(5) Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung gemäß § 2 frei, wenn eine der in § 4 (4) genannten Mitwirkungspflichten verletzt wird.

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

§ 5 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.

§ 6 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz nach § 2 beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Versicherungsschutz nach Tarif *OPTI 2008* besteht dann auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

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.

§ 7 Ende der Versicherung

(1) Ende des Versicherungsschutzes

Der Tarif *OPTI 2008* endet für eine versicherte Person

- a) bei Wahrnehmung eines der versicherten Anrechte mit Ablauf des Monats, der dem Versicherungsbeginn in den Zieltarifen vorausgeht;
- b) wenn keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 mehr gegeben ist und ein versichertes Anrecht nicht oder nicht fristgemäß beantragt wurde mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist. Entfällt die Versicherungsfähigkeit im Tarif *OPTI 2008* bei Arbeitnehmern, weil deren Mitgliedschaft bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung durch eine vorübergehende Beschäftigung im Ausland beendet wurde, kann der Tarif *OPTI 2008* abweichend von Satz 1 bis zur Beendigung der Beschäftigung im Ausland weitergeführt werden. Besteht nach Rückkehr aus dem Ausland die Versicherungsfähigkeit nach § 1 weiter, so setzt sich das Versicherungsverhältnis im Tarif *OPTI 2008* fort.
- c) spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet.

Im Übrigen endet der Versicherungsschutz mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (vgl. § 7 Abs. 2 bis 4).

(2) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (2.1) Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.
- (2.2) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer gemäß § 7 (2.1) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2.3) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein für den Tarif *OPTI 2008* bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.
- (2.4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (2.5) Wird der Beitrag gemäß § 4 (3.1) vom Kinder- in den Erwachsenenbeitrag umgestellt, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.
- (2.6) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 4 (3.2), 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.
- (2.7) Mit dem Vertragsende erlöschen alle aus Tarif *OPTI 2008* erworbenen Rechte. Eine Rückzahlung geleisteter Beiträge ist ausgeschlossen.

(3) Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben davon unberührt.

(4) Sonstige Beendigungsgründe

- (4.1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

- (4.2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als einen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder als einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird oder die versicherte Person im Rahmen eines in Deutschland bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in das außereuropäische Ausland entsandt wird und die Entsendung infolge der Eigenart der Beschäftigung oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist.

- (4.3) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 gegeben ist. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

§ 8 Sonstige Bestimmungen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 9 Gerichtsstand

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

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

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 10 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Tarif AWG

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif AWG der uniVersa Krankenversicherung a.G.

Anwartschaft auf eine Private Krankenversicherung mit Anrechten und Garantien

Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundesgrenzschutz) und Mitglieder einer Gesetzlichen Krankenkasse erhalten durch die Versicherung in diesem Tarif ein **Anrecht** auf Aufnahme in eine private Krankenversicherung der uniVersa Krankenversicherung a.G., die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzt. Den Versicherten wird **garantiert**, dass nach Geltendmachung des vereinbarten Anrechts und nach Anrechnung der Versicherungszeiten in Tarif AWG für die Krankenversicherung keine erneuten Wartezeiten anfallen und eine erneute Gesundheitsprüfung entfällt. Es kann somit Versicherungsschutz in diesen Tarifen ab Versicherungsbeginn erlangt werden und alle während der AWG-Laufzeit neu eingetretenen Krankheiten oder Unfallfolgen sind mitversichert.

Versicherte in einer Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung der uniVersa Krankenversicherung a.G., deren Versicherungsschutz aus einem der unten genannten Gründe außer Kraft gesetzt werden soll, erhalten durch die Versicherung in diesem Tarif das **Anrecht**, zu einem späteren Zeitpunkt ihren Versicherungsschutz wieder in Kraft zu setzen. Den Versicherten wird **garantiert**, dass die Wiederinkraftsetzung ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung erfolgt. Es kann somit erneut Leistungspflicht ab dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung erlangt werden und alle während der AWG-Laufzeit neu eingetretenen Krankheiten oder Unfallfolgen sind mitversichert. Soweit Alterungsrückstellungen aus der Zeit vor der Versicherung nach Tarif AWG vorhanden sind, wird deren Werterhalt **garantiert**. Sie werden gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen bei der Wiederinkraftsetzung beitragsmindernd angerechnet.

Die genauen Bestimmungen des Tarifs AWG sind den nachfolgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

§ 1 Versicherungsfähiger Personenkreis

(1) Versicherungsfähigkeit im Tarif AWG besteht für Personen, die unmittelbar vor Beginn des Tarifs AWG nicht bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. krankheitskostenvollversichert waren und für die eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- a) Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundespolizei);
- b) Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Anspruch auf Familienversicherung gemäß § 10 SGB V.

Der Versicherer kann die Versicherungsfähigkeit auch bei anderen als den unter a) und b) genannten Voraussetzungen zulassen.

(2) Versicherungsfähigkeit im Tarif AWG besteht ferner für Personen, die unmittelbar vor Beginn des Tarifs AWG bereits bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. krankheitskostenvollversichert waren und für die eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- a) Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Bundeswehr, Bereitschaftspolizei, Bundespolizei);
- b) Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Anspruch auf Familienversicherung gemäß § 10 SGB V;
- c) Auslandsaufenthalt von mindestens zwei Monaten;
- d) außergewöhnliche wirtschaftliche Notlage.

Lässt eine Bestimmung in den jeweiligen Tarifbedingungen bzw. Tarifen den Abschluss einer Anwartschaft aus einem anderen als den unter a) – d) genannten Gründe ausdrücklich zu, so gilt auch dieser Grund als eine gültige Voraussetzung.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das Vorliegen der Voraussetzungen bei Vertragsabschluss nachzuweisen (beachte § 6 (1)). Das weitere Vorliegen der Voraussetzungen ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

§ 2 Versicherte Anrechte – Leistungen des Versicherers

Der Umfang des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(1) Anrecht auf Aufnahme in eine Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung für Personen, die gemäß § 1 (1) im Tarif AWG versichert sind

(1.1) Der Versicherer garantiert die Aufnahme in eine private, die Gesetzliche Krankenversicherung ersetzende Krankenversicherung, sobald für die versicherte Person keine Versicherungsfähigkeit im Tarif AWG mehr besteht und der Versicherungsnehmer dieses Anrecht gemäß § 3 (1) für die versicherte Person beim Versicherer geltend macht.

Im Rahmen des dann gegebenen Tarifwerks des Versicherers wird die Versicherung in den zu diesem Zeitpunkt bedarfsgerechten sowie für den Neuzugang geöffneten Tarifen (Zieltarife) der Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung zu den dann gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgen. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

Als bedarfsgerecht gelten ausschließlich die in Anlage 1 aufgeführten Leistungsbereiche.

(1.2) Wird das versicherte Anrecht gemäß § 3 geltend gemacht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

- a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt; damit ergeben sich für die während der Laufzeit des Tarifs AWG neu aufgetretenen Krankheiten und Unfallfolgen weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge.
- b) Die Leistungspflicht im Zieltarif beginnt am Tag des Versicherungsbeginns im Zieltarif, wenn die bedingungsgemäßen Wartezeiten des Zieltarifs durch die Anrechnung der Versicherungszeit im Tarif AWG entfallen sind. Dies gilt auch hinsichtlich bereits eingetretener Versicherungsfälle für Behandlungszeiten ab Versicherungsbeginn im Zieltarif.
- c) Die Beitragseinstufung erfolgt zu dem tariflichen Lebensalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.
- d) Die Versicherungszeit im Tarif AWG wird nicht auf solche Leistungsbegrenzungen angerechnet, die ein Zieltarif für Versicherungs- bzw. Kalenderjahre vorsieht.
- e) Für Kalenderjahre, in denen eine Versicherung nach Tarif AWG bestanden hat, besteht für die betroffene versicherte Person kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, sofern und soweit der Beschluss der Mitgliedervertretung zur Beitragsrückerstattung nichts anderes bestimmt.

(2) Anrecht auf Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht einer vor Abschluss des Tarifs AWG bereits bestehenden privaten Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung für Personen, die gemäß § 1 (2) im Tarif AWG versichert sind

Für Behandlungen während der Laufzeit des Tarifs AWG entfällt die Leistungspflicht der uniVersa Krankenversicherung a.G. aus den außer

Kraft gesetzten Tarifen, und zwar auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle. Die außer Kraft gesetzten Tarife sind während der Laufzeit des Tarifs AWG beitragsfrei.

(2.1) Wurde eine Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. außer Kraft gesetzt, so garantiert der Versicherer bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif AWG die Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht der außer Kraft gesetzten Tarife.

(2.2) Wird das versicherte Anrecht gemäß § 3 (1) bzw. § 3 (2) geltend gemacht oder wird die Leistungspflicht der wieder in Kraft zu setzenden Tarife zum vereinbarten Zeitpunkt gemäß § 3 (3) automatisch wieder in Kraft gesetzt, gelten folgende Sonderkonditionen:

a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt; damit ergeben sich für die während der Laufzeit des Tarifs AWG neu aufgetretenen Krankheiten und Unfallfolgen weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge.

Vor der Versicherung nach Tarif AWG bereits gesondert vereinbarte Bedingungen, wie z. B. Leistungsausschlüsse, werden bei Wiederinkraftsetzung der Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung entsprechend übernommen.

b) Die Leistungspflicht in der Krankheitskostenvoll- und Krankentagegeldversicherung beginnt am Tag der Wiederinkraftsetzung, wenn die bedingungsgemäßen Wartezeiten in diesen Tarifen durch die Anrechnung der Vorversicherungszeiten entfallen sind. Dies gilt auch hinsichtlich bereits eingetretener Versicherungsfälle für Behandlungszeiten ab Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht.

c) Die Beitragseinstufung erfolgt zu dem tariflichen Lebensalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht erreicht hat. Soweit Alterungsrückstellungen aus der Zeit vor der Versicherung nach Tarif AWG vorhanden sind, werden diese gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen beitragsmindernd angerechnet.

Die Beiträge können dann nach der Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht höher sein als vor dem Abschluss des Tarifs AWG.

Vor der Versicherung nach Tarif AWG bereits gesondert vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Wiederinkraftsetzung im Verhältnis der durch die Umstellung bedingten Veränderung der Tarifbeiträge übernommen.

d) Für Kalenderjahre, in denen eine Versicherung nach Tarif AWG bestanden hat, besteht für die betroffene versicherte Person kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung aus den außer Kraft gesetzten Tarifen, sofern und soweit der Beschluss der Mitgliedervertretung zur Beitragsrückerstattung nichts anderes bestimmt.

§ 3 Wahrnehmung eines versicherten Anrechts

(1) Will der Versicherungsnehmer von seinem Anrecht gemäß § 2 (1) oder § 2 (2) Gebrauch machen (beachte Absatz (3)), muss er dies beim Versicherer

- innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit im Tarif AWG

- mit Wirkung zum Ersten des Monats, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit folgt

schriftlich geltend machen.

(2) Versäumt der Versicherungsnehmer die in Absatz (1) genannte Frist, erfolgt die Inkraftsetzung der Zieltarife gemäß § 2 (1.1) bzw. die Wiederinkraftsetzung der Leistungspflicht gemäß § 2 (2.1) rückwirkend zum Ersten des Monats, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif AWG folgt.

Der Versicherer kann in Abweichung von § 2 (1.2) a) bzw. § 2 (2.2) a) Satz 1 eine erneute Gesundheitsprüfung verlangen, bei der dann auch Risikozuschläge erhoben sowie Wartezeiten und Leistungsausschlüsse festgelegt werden können.

(3) Wenn der Tarif AWG für eine bestimmte Dauer abgeschlossen wurde, wird die Leistungspflicht der außer Kraft gesetzten Tarife zum vereinbarten Zeitpunkt automatisch wieder in Kraft gesetzt.

§ 4 Pflichten des Versicherungsnehmers

(1) Beitragszahlung

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

(1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen bzw. adoptierten Kindern gemäß § 6 (2) ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

(1.3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt dieser Zeitpunkt vor dem Versicherungsbeginn, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig.

(1.4) 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 Beitragteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet ist.

(1.5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 bzw. 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust der versicherten Anrechte führen.

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

(2) Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns in Tarif AWG und dem Geburtsjahr.

(3) Beitragsänderung

(3.1) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 8 (1.4) geregelt.

(3.2) Der Tarif AWG räumt den Versicherten die in § 2 beschriebenen Anrechte auch dann ein, wenn sich während der Laufzeit des Vertrages die Risikoverhältnisse ändern, z. B. weil sich der Gesundheitszustand von Versicherten verschlechtert. Die Kalkulation des Beitrages des Tarifs AWG basiert auf den Risikoverhältnissen und Beiträgen der Zieltarife und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Tarifs AWG festgelegt. Der Versicherer kann deshalb bei einer Beitragsanpassung, welche die Voraussetzungen des § 203 Abs. 2 VVG (s. Anhang) erfüllt und in mindestens einem der Zieltarife durchgeführt wird, auch die Beiträge des Tarifs AWG überprüfen und entsprechend der technischen Berechnungsgrundlage anpassen. Voraussetzung ist, dass ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat.

(4) Mitwirkungspflichten

(4.1) Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß § 1 ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Kenntnis schriftlich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

(4.2) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Versi-

cherers und ihres Umfanges gemäß § 2 erforderlich ist.

(5) Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Gewährung der versicherten Anrechte gemäß § 2 frei, wenn eine der in § 4 (4) genannten Mitwirkungspflichten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 5 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.

§ 6 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz nach § 2 beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn. Frühester Versicherungsbeginn ist der Zeitpunkt, zu dem ein Nachweis der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 (1) oder (2) beim Versicherer vorliegt.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten unmittelbar ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist, das Kind gemäß § 1 (1) im Tarif AWG versicherungsfähig ist und die Anmeldung zur Versicherung im Tarif AWG spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Versicherungsschutz nach Tarif AWG besteht dann auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (vgl. § 8)

§ 8 Ende des Versicherungsverhältnisses

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1.1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (1.2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein für den Tarif AWG bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.
- (1.3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (1.4) Wird der Beitrag gemäß § 4 (3.1) vom Kinder- in den Erwachsenenbeitrag umgestellt, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.
- (1.5) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 4 (3.2), 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.
- (1.6) Mit dem Vertragsende erlöschen alle aus Tarif AWG erworbenen Rechte. Eine Rückzahlung geleisteter Beiträge ist ausgeschlossen.

(2) Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben davon unberührt.

(3) Sonstige Beendigungsgründe

- (3.1) Der Tarif AWG endet für eine versicherte Person wenn die Voraussetzung, für die er beantragt wurde, wegfällt mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.
- (3.2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 gegeben ist. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3.3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder als einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (3.4) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, sofern Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 gegeben ist. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

§ 9 Sonstige Bestimmungen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§10 Gerichtsstand

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

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

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§11 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Anlage 1 zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif AWG

Als bedarfsgerechte Tarife gemäß den Bestimmungen des § 2 (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif AWG gelten ausschließlich die folgenden Leistungsbereiche:

a) Für Arbeitnehmer/innen:	<ul style="list-style-type: none"> - Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung; - Krankentagegeldversicherung mit Leistungsbeginn im Anschluss an die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts – frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit;
b) Für gewerblich selbständig Tätige und selbständig freiberuflich Tätige:	<ul style="list-style-type: none"> - Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung; - Krankentagegeldversicherung mit frühestem Leistungsbeginn ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit;
c) Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe des öffentlichen Dienstes (Beihilfeberechtigte) bzw. als berücksichtigungsfähiger Familienangehöriger:	<ul style="list-style-type: none"> - beihilfekonforme Restkostenversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung; - Krankenhaustagegeldversicherung maximal in Höhe der, nach den für die versicherte Person gültigen Beihilfavorschriften vorgesehenen, täglichen Selbstbeteiligung im Krankenhaus; - Beihilfeergänzungsversicherung, sofern dafür Versicherungsfähigkeit gegeben ist; <p>Der Erstattungsprozentsatz der Restkostenversicherung ist so zu wählen, dass er zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz aus der Beihilfe 100 nicht überschreitet.</p>
d) Für sonstige Personen (ohne Einkommen):	<ul style="list-style-type: none"> - Krankheitskostenvollversicherung sowohl für ambulante als auch stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Mehr-, Zwei- oder Einbettzimmer sowie Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie – jeweils mit privatärztlicher Behandlung;
<p>Die Tagegeldhöhe einer Krankentagegeldversicherung ist vom Versicherungsnehmer wählbar. Sie darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen zzgl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - der für den Erhalt von Anrechnungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erforderlichen Beitragszahlungen Rentenversicherungspflichtiger sowie - der Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung <p>nicht übersteigen, jedoch in allen Tarifstufen mit Leistungsbeginn bis zum 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit insgesamt höchstens 260 EUR für selbständig freiberuflich Tätige und 130 EUR für alle anderen gewerblich selbständig Tätigen.</p>	

Fassung 08.1998

Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung (BB AWW)

Für die Anwartschaftsversicherung (AWV) gelten die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), soweit nachstehend nichts anderes bestimmt wird.

1 Voraussetzungen

1.1 Eine AWW kann abgeschlossen werden, wenn eine der nachstehend aufgeführten Voraussetzungen vorliegt:

- a) Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein vergleichbarer anderweitiger Krankenversicherungsschutz steht dem gleich. Das sind z. B. Ansprüche auf Familienversicherung gemäß § 10 SGB V bzw. Ansprüche auf Heilfürsorge bei Bundeswehr, Bereitschaftspolizei und Bundesgrenzschutz;

b) Auslandsaufenthalt von mindestens zwei Monaten;

c) eine außergewöhnliche wirtschaftliche Notlage.

Lässt eine Bestimmung in den jeweiligen Tarifbedingungen bzw. Tarifen den Abschluss einer AWW aus einem anderen als der unter a) - c) genannten Gründe ausdrücklich zu, so gilt auch dieser Grund als eine gültige Voraussetzung.

1.2 Die AWW beginnt zu dem von Versicherungsnehmer und Versicherer vereinbarten Zeitpunkt, sofern dann die Voraussetzungen gemäß 1.1 vorliegen und dem Versicherer ein entsprechender Nachweis zugegangen ist.

1.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, das weitere Vorliegen der Voraussetzungen in mindestens einjährigen Abständen nachzuweisen.

2 Leistungen des Versicherers

- 2.1 Für Behandlungen während der AWW entfällt die Leistungspflicht der uniVersa Krankenversicherung a.G., und zwar auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle.
- 2.2 Die Zeit der AWW wird auf die Wartezeiten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen angerechnet.

3 Beiträge

- 3.1 Der AWW-Beitrag errechnet sich aus dem Grundbeitrag und dem vom Versicherer festgelegten AWW-Beitragsprozentsatz.

Zuschläge für die Mitversicherung von Vorerkrankungen oder Zuschläge für Auslandsaufenthalt werden bei der Berechnung des AWW-Beitrages nicht herangezogen.

- 3.2 Erfolgt eine Umstellung des Grundbeitrages (z. B. vom Kinder- auf Erwachsenenbeitrag) oder eine allgemeine Beitragsanpassung, so ändert sich auch der AWW-Beitrag entsprechend. Gleichzeitig ist der Versicherer zur Änderung des AWW-Beitragsprozentsatzes mit Wirkung auch für bestehende Anwartschaftsversicherungen berechtigt.

4 Beendigung der AWW

4.1 Die AWW erlischt:

- a) sofern diese für eine bestimmte Dauer abgeschlossen wurde, zum vereinbarten Zeitpunkt.
- b) sofern der Vereinbarung eine unbestimmte Dauer zugrunde liegt, mit dem Wegfall der Voraussetzungen gemäß 1.1 Bedingung hierfür ist jedoch die schriftliche Anzeige sowie ein Nachweis über den Wegfall

der Voraussetzungen binnen zwei Monaten. Kommt der Versicherungsnehmer dem nicht fristgerecht nach, so ist der Versicherer, abweichend von 4.3 - 4.5, berechtigt, die Inkraftsetzung des Versicherungsschutzes von einer erneuten Gesundheitsprüfung bzw. der Einhaltung von Wartezeiten abhängig zu machen.

- 4.2 Der Vertrag lebt nach Beendigung der AWW mit den alten Rechten und Pflichten wieder auf. Es ist der dann geltende Grundbeitrag zuzüglich gegebenenfalls vereinbarter Risikozuschläge bzw. Zuschläge für Auslandsaufenthalt zu entrichten.

- 4.3 Bei Inkraftsetzung des Versicherungsschutzes sind keine neuen Wartezeiten abzuleisten.

- 4.4 Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt. Damit ergeben sich für die während der AWW aufgetretenen Krankheiten und Unfallfolgen weder Leistungsausschlüsse noch Risikozuschläge.

- 4.5 Auch hinsichtlich bereits eingetretener Versicherungsfälle werden für Behandlungszeiten nach Ablauf der AWW die vollen tariflichen Leistungen gezahlt.

5 Allgemeine Bestimmungen

- 5.1 Für Kalenderjahre, in denen eine AWW bestand, ist für die von der AWW betroffene versicherte Person im von der AWW betroffenen Tarif der Anspruch auf Beitragsrückerstattung ausgeschlossen.

- 5.2 Macht der Versicherungsnehmer von einem in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Kündigungsrecht Gebrauch, erlöschen alle erworbenen Rechte; Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

Fassung 01.2010

Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung

gültig ab 1. Januar 2010

Nur gültig in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2010) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung sowie Teil III des Tarifes

1. Allgemeines

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

- 2.1 Die Anwartschaftsversicherung kann, vom Versicherungsbeginn 1. Januar 1995 abgesehen, nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in den in Nr. 2.2 genannten Fällen abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
- 2.2 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder im Rahmen der Familienversicherung versichert sind.
- 2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, wenn die Voraussetzungen nach 2.2 nicht mehr vorliegen.

3. Beiträge

- 3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag von 5,61 EUR in Tarifstufe PVN und 4,43 EUR in Tarifstufe PVB zu zahlen.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der Anwartschaft nicht erhoben.

- 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8 b MB/PPV 2010 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.

- 3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.

- 3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2010 bzw. Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“ oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

4. Leistungen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

- 5.1 Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder bei Beendigung der Familienversicherung die private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.
- 5.2 Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.
- 5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI Anwendung finden, in eine Anwartschaft sowie bei Beginn der Anwartschaftsversicherung am 1. Januar 1995 kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

- 6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- 6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Sonstige Beendigungsgründe

- 6.2.1 Mit Beginn oder Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.
- 6.2.2 Die Anwartschaftsversicherung endet bei Beendigung der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Sofern in diesem Fall keine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt, kann die private Pflegepflichtversicherung freiwillig mit den Beiträgen nach Nr. 3.4 fortgesetzt werden.
- 6.2.3 Die Anwartschaftsversicherung 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.

Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2010 entsprechend.

Fassung 01.2008

Besondere Bedingungen für Ausbildungszeiten (BB AE)

Für diese Besonderen Bedingungen für Ausbildungszeiten (BB AE) gelten die dem Vertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), soweit nachstehend nichts anderes bestimmt wird.

1 Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Die BB AE können unter Berücksichtigung der Altersgrenzen gemäß Abschnitt 1.2 für die nachstehend aufgeführten Personen vereinbart werden:
 - a) nach Abschnitt 3.3 für Personen, die sich in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf befinden (Anwärter, Referendare und Vikare) und weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten;
 - b) nach Abschnitt 3.1 oder 3.3 für Schüler/innen und Studenten/innen;
 - c) nach Abschnitt 3.2 für Ärzte/innen im Praktikum und für Medizinstudenten/innen im praktischen Jahr mit Ausnahme von Tierärzten/innen;
 - d) nach Abschnitt 3.4 für Personen nach 1.1 a, wenn die Beihilfevorschriften des Bundes bzw. gleichartige Beihilfevorschriften der Länder für sie eine Wartezeit bei zahnärztlichen Maßnahmen vorsehen;
 - e) für nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder, der in den Abschnitten 1.1 a - d aufgeführten Personen (Bezugspersonen) nach den für die Bezugsperson zulässigen Abschnitten.
- 1.2 a) Personen mit Versicherungsschutz nach Abschnitt 3.1 sind ab einem Eintrittsalter von 6 Jahren versicherungsfähig, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

b) Personen mit Versicherungsschutz nach Abschnitt 3.2, 3.3 und 3.4 sind versicherungsfähig, wenn sie das 16., aber noch nicht das 34. Lebensjahr vollendet haben.

- 1.3 Der Versicherer ist berechtigt, für die Voraussetzungen zu Abschnitt 1.1 einen Nachweis zu verlangen.

2 Wartezeiten

Die allgemeinen Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen. Darüber hinaus entfallen auch die besonderen Wartezeiten für die versicherten Personen des Abschnittes 1.1 a sowie für deren nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder.

3 Tarife, Tarifstufen, Tarifkombinationen, Beitragsänderungen

3.1 Tarifkombinationen S1* – S4*:

- 3.1.1 Tarifkombination S1*:
zugrundeliegende Tarifstufen: A 155, ZA 100 und ST 2/100
- 3.1.2 Tarifkombination S2*:
zugrundeliegende Tarifstufen: A 155, ZA 80 und ST 2/100
- 3.1.3 Tarifkombination S3*:
zugrundeliegende Tarifstufen: A 80, ZA 100 und ST 2/100

* Die vollständige Tarifbezeichnung setzt sich aus der Tarifstufe und dem Zusatz BB AE zusammen.

3.1.4 Tarifikombination S4*:

zugrundeliegende Tarifstufen: A 80, ZA 80 und ST 2/100

3.2 Tarifikombination AiP*:

3.2.1 Tarifikombination AiP 100*

zugrundeliegende Tarifstufen: AM 155, ZAM 100 und STM 100

Für die Dauer der BB AE findet die jährliche Selbstbeteiligung der Tarifstufe AM 155 keine Anwendung¹.

3.2.2 Tarifikombination AiP 155*

zugrundeliegende Tarifstufen: AM 155, ZAM 100 und STM 100

3.3 Tarife A, ZA, ST

3.3.1 Tarifstufen* A 50, A 45, A 40, A 35, A 30, A 25, A 20

3.3.2 Tarifstufen* ZA 50, ZA 45, ZA 40, ZA 35, ZA 30, ZA 25, ZA 20

3.3.3 Tarifstufen* ST 2/50, ST 2/45, ST 2/40, ST 2/35, ST 2/30, ST 2/25, ST 2/20, ST 3/50, ST 3/45, ST 3/40, ST 3/35, ST 3/30, ST 3/25, ST 3/20

3.4 Tarif BZ

3.4.1 Tarifstufen* BZ 50, BZ 30, BZ 20

3.5 Beitragsänderungen

3.5.1 Innerhalb von 36 Monaten findet während des Bestehens der BB AE keine Beitragserhöhung wegen Älterwerdens statt. Nach diesem Zeitraum wird für die versicherte Person vom Beginn des Folgemonats an der für Neuzugänge gültige Beitrag des zu diesem Zeitpunkt erreichten Alters gezahlt. § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, bleibt unberührt.

3.5.2 Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

4 Leistungen des Tarifes BZ BB AE

4.1 Für die Leistungen des Versicherers gelten die Bestimmungen des Beihilfeergänzungstarifes BZ, soweit nachstehend nichts anderes bestimmt wird.

4.2 Zusätzliche Versicherungsleistungen bei Zahnersatz

Erstattungsfähig sind auch, sofern im Rahmen der jeweils gültigen Beihilfevorschriften aufgrund von Wartezeiten kein Leistungsanspruch gegenüber der Beihilfe besteht, die Aufwendungen für zahnärztliche Maßnahmen bei Zahnersatz, wenn und soweit die erbrachten Leistungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet sind und den Regelhöchstsatz nicht überschreiten (Regelhöchstsatz ist der 2,3fache Satz der GOZ). Zu Zahnersatz gehören prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen.

5 Beendigung der BB AE

5.1 Die BB AE entfallen mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 34. Lebensjahr vollendet.

5.2 Die BB AE entfallen auch:

- bei den nach den Abschnitten 1.1 a - d Versicherten mit dem Ende der Ausbildung, des Schulbesuches bzw. der Studienzeit (Exmatrikulation),
- bei den nach Abschnitt 1.1 e versicherten Personen, sobald die BB AE für die Bezugsperson entfallen oder eine eigene Berufstätigkeit aufgenommen wird.

5.3 Die BB AE nach Abschnitt 3.4 entfallen auch, wenn die in den Beihilfevorschriften vorgesehene Wartezeit bei zahnärztlichen Maßnahmen erfüllt ist.

5.4 Bei einer Unterbrechung der Ausbildung, des Schulbesuches bzw. des Studiums von mehr als sechs Monaten entfallen die BB AE ebenfalls.

5.5 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Voraussetzungen gemäß Abschnitt 5.2 und 5.3 bzw. eine mehr als sechsmontatige Unterbrechung gemäß Abschnitt 5.4 dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

5.6 Für versicherte Personen nach den Abschnitten 1.1 a - d und deren nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder können die BB AE auf Antrag des Versicherungsnehmers

a) bei Arbeitslosigkeit um bis zu 18 Monate,

b) für die Dauer einer Ausbildungsunterbrechung wegen Betreuung / Erziehung eines eigenen Kindes, längstens jedoch für die ersten 24 Lebensmonate des Kindes,

verlängert werden.

Für diese Zeit können für die unter Abschnitt 1.1 a aufgeführten Personen und deren nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder die BB AE nach Abschnitt 3.1 vereinbart werden. Wartezeiten und neue Gesundheitsprüfung entfallen gemäß § 2 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II.

Eine Verlängerung der BB AE über den in Abschnitt 5.1 genannten Zeitpunkt hinaus ist nicht möglich.

5.7 Nach Wegfall der BB AE gemäß den Abschnitten 5.1 - 5.4 bzw. Ablauf der Verlängerungszeit gemäß Abschnitt 5.6 wird der Vertrag bzw. Tarif vom Ersten des Folgemonats an in den gewählten Tarifstufen ohne die BB AE fortgesetzt.

Außer für die unter Abschnitt 5.1 aufgeführten Personen gilt:

Falls diese Fortsetzung nicht rückwirkend wirksam werden soll, wird die Umstellung um bis zu sechs Monate aufgeschoben. Für die Aufschubzeiten gelten die Bedingungen des Tarifes BB AE weiter.

5.8 Der Beitrag richtet sich dann nach den gewählten Tarifstufen und dem dann erreichten tariflichen Eintrittsalter gemäß § 8 a (1.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II. Von diesem Zeitpunkt an ist der erhöhte Beitrag zu entrichten. Das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers ist in § 13 (4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

5.8.1 Bei Beendigung der BB AE nach Abschnitt 3.4 und Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Tarif BZ wird die zurückgelegte Versicherungsdauer im Tarif BZ BB AE auf die Jahreshöchstsätze für Versicherungsleistungen bei Zahnersatz im Tarif BZ angerechnet.

* Die vollständige Tarifbezeichnung setzt sich aus der Tarifstufe und dem Zusatz BB AE zusammen.

¹ Für diesen Zeitraum wird die Tarifstufe unter der Bezeichnung AM 100 AiP BB AE geführt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif RD 2003 (AVB/RD 2003) Tarif RD 2003 Auslandsreisekrankenversicherung

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes sowie Versicherungsfähigkeit

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle. Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Heilbehandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.
- (2) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Tarif RD 2003 mit Anhang) sowie den deutschen gesetzlichen Vorschriften. Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.
- (3) Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Bei längerem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz für die ersten zwei Monate.
- (4) Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.
- (5) 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.
- (6) Als Versicherungsfall gilt auch die Bestattung im Ausland bzw. die Überführung eines verstorbenen Versicherten, sofern dieser am Tag der Abreise das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte.
- (7) Versicherungsfähig sind alle Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise abgeschlossen werden.
- (2) Wenn der Abschluss des Versicherungsvertrages auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Antragsformular beantragt wird und die Angaben vollständig und bezüglich des Beitrages richtig sind, gilt der Versicherungsvertrag mit dem Tag des Antragseingangs beim Versicherer als zustande gekommen.

In allen anderen Fällen kommt der Versicherungsvertrag mit der Annahme des Antrages bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheines zustande.

- (3) Der Versicherungsvertrag gilt ab Versicherungsbeginn für eine Mindestvertragsdauer von
 - a) einem Versicherungsjahr, sofern als Versicherungsbeginn der 01.01. eines Kalenderjahres vereinbart ist. Ein Versicherungsjahr entspricht einem Kalenderjahr.
 - b) zwei Versicherungsjahren bei unterjährigem Versicherungsbeginn. Das erste Versicherungsjahr endet zum 31.12. des Kalenderjahres, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt. Darüber hinaus entspricht ein Versicherungsjahr einem Kalenderjahr.

Diese Bestimmung hat keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres von beim Versicherer bereits bestehenden oder später abgeschlossenen anderweitigen Krankenversicherungsverträgen.

- (4) Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer lt. Abs. 3 verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend weiter von Versicherungsjahr zu

Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer fristgemäß schriftlich gekündigt wird; vgl. § 13 Abs. 1.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrages und nicht vor Antritt der Reise.
- (2) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.
- (3) Für vor Vertragsabschluss bzw. vor Zahlung des ersten Beitrages eingetretene Versicherungsfälle wird nicht geleistet.
- (4) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (5) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für
 - a) Heilbehandlung durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;
 - b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
 - c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich verordnet sind;
 - d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;
 - e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Heilbehandlung, Visiten, Sonderleistungen und dergleichen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;
 - f) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;
 - g) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
 - h) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;
 - i) Instandsetzung von Zahnersatz. Zu Zahnersatz gehören (einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten) prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen;
 - j) Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden;
 - k) Instandsetzung von Hilfsmitteln.
- (2) Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:
 - a) Kosten für einen Krankenrücktransport einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson.

Die Kosten für die Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, ebenfalls vorübergehend im Reiseland der

versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa reisekrankenversichert ist.

Die medizinische Notwendigkeit für den Krankenrücktransport muss durch ein vor Beginn des Krankenrücktransportes ausgestellt ärztliches Attest nachgewiesen werden. Sie besteht, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird. Wird ein anderes Transportmittel gewählt, werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Rückreise schriftlich zugesagt hat.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankenrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen;

- b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland;
- c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Die Kostenerstattung gemäß § 4 Abs. 2 b) und § 4 Abs. 2 c) ist auf 10.300 EUR begrenzt. Alle übrigen Kosten werden mit 100 % ohne Begrenzung erstattet.

Die Leistungen gemäß § 4 Abs. 2 b) und § 4 Abs. 2 c) gelten nicht für Personen, die am Tag der Abreise das 70. Lebensjahr bereits vollendet haben.

- (3) Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß § 4 Abs. 1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 21 EUR gezahlt, wenn eine gesetzliche Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger mit mindestens 20 EUR täglich vorleistet.
- (4) Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß § 4 Abs. 1 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 41 EUR gezahlt.
- (5) Ist die versicherte Person am Tag der Abreise mindestens 8 Monate ununterbrochen nach Tarif RD 2003 versichert, besteht für sie bei Entbindungen Versicherungsschutz wie für Krankheiten.

§ 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 aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder an Unruhen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind;
- b) in den ersten zwölf Versicherungsmonaten einer versicherten Person für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die in den letzten sechs Wochen vor Vertragsabschluss behandelt worden oder in Erscheinung getreten sind;
- c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- e) für Kosten einer Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, soweit nicht durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) für Aufwendungen, die durch wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden und Arzneimittel entstehen;
- g) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
- h) für Schwangerschaftsabbruch;
- i) für Fehlgeburten in den ersten zwölf Versicherungsmonaten einer versicherten Person. Kostenerstattung erfolgt jedoch in den Fällen, wenn unvorhersehbar Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer

akuten Lebensgefahr für Mutter und Kind erforderlich ist;

- j) für Behandlung einer Sterilität einschließlich einer extrakorporalen Befruchtung;
- k) für Neuanfertigung und Erneuerung von Zahnersatz. Für die Definition des Begriffes Zahnersatz gilt § 4 Abs. 1 i) Satz 2;
- l) für kieferorthopädische Behandlung;
- m) für Neuanfertigung und Erneuerung von Einlagefüllungen (Gussfüllungen, Inlays);
- n) für Aufwendungen, die für eine andere Person anlässlich eines Krankenrücktransportes nach § 4 Abs. 2 a) entstehen, es sei denn, es handelt sich um die Begleitperson gemäß § 4 Abs. 2 a).

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Entsprechendes gilt bei Flugzeugunfällen für Ansprüche auf Leistungen gegen die Fluggesellschaft (Luftfrachtführer).

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 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) Zur Begründung des Anspruches müssen die Originalbelege eingereicht werden. Die Belege müssen den Namen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Behandlungsdatum enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und ein Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

(3) Die Berechtigung des Anspruches auf Erstattung von Krankenrücktransportkosten ist durch Vorlage eines ärztlichen Attestes im Sinne des § 4 Abs. 2 a) mit Angabe der Krankheitsbezeichnung, die Berechtigung des Anspruches auf Erstattung von Überführungskosten bzw. Bestattungskosten im Ausland ist durch Vorlage einer amtlichen Sterbeurkunde und einer ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen. Ferner ist der Nachweis über die Höhe der Kosten zu erbringen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß § 4 Abs. 2 geltend gemacht werden.

(4) Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in deutscher Sprache verlangen. Die Kosten dafür übernimmt der Versicherer.

(5) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

(6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen. Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

(7) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand. Der versicherten Person bleibt in jedem Fall vorbehalten, durch Bankbelege nachzuweisen, dass

sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

- (8) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können von den Leistungen abgezogen werden. Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.
- (9) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle mit dem Ablauf des Versicherungsverhältnisses und vor Ablauf mit Beendigung der jeweiligen Auslandsreise (Rückkehr an den ständigen Wohnsitz) bzw. des Krankenrücktransportes gemäß § 4 Abs. 2 a).
- (2) Der Versicherungsschutz endet auch, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen entschädigungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht weiter Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Besteht gleichzeitig eine uniVersa Krankenversicherung nach einem anderen Tarif, kann er 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.
- (2) Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (3) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 3 Abs. 4 bzw. adoptierten Kindern gemäß § 3 Abs. 5 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.
- (4) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.
- (5) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (6) Die Höhe des Beitrages ist abhängig von der Zugehörigkeit der versicherten Person zu einer der folgenden Personengruppen:
 - a) Personen vor dem vollendeten 60. Lebensjahr
 - b) Personen ab dem vollendeten 60. Lebensjahr

Der Beitrag für Personengruppe a) gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet. Der Tarifbeitrag wird vom Versicherer dann zum Ende des betreffenden Monats geändert.

- (7) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§8a 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 10 vom Hundert, so werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozu-

schlag entsprechend geändert werden.

- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Sämtliche Belege sollen spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach dem Ende der jeweiligen Auslandsreise eingereicht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers die Ärzte, Krankenanstalten, andere Kranken- und Unfallversicherer gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht zu entbinden und zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.
- (4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen dem Versicherer nachzuweisen.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 2 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Solange die in § 9 Abs. 3 und 4 verlangten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ruht die Leistungspflicht des Versicherers.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§12 Aufrechnung

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

§13 Ende der Versicherung

- (1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum Ablauf der in § 2 Abs. 3 genannten Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- (3) 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 von sechs Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (4) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel nach § 8a, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis bei einer Beitragsänderung gemäß § 8 Abs. 6 hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.
- (7) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen 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.
- (8) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, ihre Versicherungsverhältnisse unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (9) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (10) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird.

§14 Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§15 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Gesetzestexte

Auszug aus dem:

Versicherungsvertragsgesetz (VVG),
Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG),
Lebenspartnerschaftsgesetz,
Bundesversorgungsgesetz (BVG),
Sozialgesetzbuch (SGB),
Pflegerzeitgesetz (PflegerZG),
Kalkulationsverordnung (KalV),
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG),
Einkommensteuergesetz (EStG),
Mutterschaftsgesetz (MuSchG)

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und aus den Paragraphen

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.
- (2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.
- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen

Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung dieses Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

- (4) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Beitrag ist zu verzinsen.
- (5) Der Versicherer ist verpflichtet,
 1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
 - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs,
 - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
 2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,
 3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
 4. alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

§ 195 Versicherungsdauer

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

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

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

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

- (2) Ist bei einer Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat. Dabei dürfen auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden, soweit dies vereinbart ist. Maßgebliche Rechnungsgrundlagen im Sinn der Sätze 1 und 2 sind die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten. Für die Änderung der Prämien, Prämienzuschläge und Selbstbehalte sowie ihre Überprüfung und Zustimmung durch den Treuhänder gilt § 12b Abs. 1 bis 2a in Verbindung mit einer auf Grund des § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung.

§ 204 Tarifwechsel

- (1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser
 1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;
2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

- a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
- b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist.

Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

- (2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.
- (3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.
- (4) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, 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 ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienenerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und aus den Paragraphen

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahme zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,
 2. die Alterungsrückstellung nach § 341 f des Handelsgesetzbuches zu bilden ist,
 3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
 4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinn des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen brachenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem 3. Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 und 1200 EUR zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfe-

satz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 und 1200 EUR. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 12 a Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

- (2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz und aus dem Paragraph

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz

§ 35 Pflegezulage

- (1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 272 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, daß sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 466, 661, 849, 1.104 oder 1.357 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.
- (2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V

neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

- (3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.
- (4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

- (5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.
- (6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) und aus den Paragraphen Gesetzliche Krankenversicherung

§ 26 SGB III Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (weggefallen)
- 3a. (weggefallen)
4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozeßordnung untergebracht sind,
5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie

1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen oder
3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

(2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie

1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren,

eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, und

2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.

Satz 1 gilt nur für Kinder des Erziehenden, seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners. Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

- (2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen und eine pflegebedürftige Person pflegen, wenn sie unmittelbar vor der Pflegezeit versicherungspflichtig waren oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

- (3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2a und 2b ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

- (4) (weggefallen)

§ 28a SGB III

Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

- (1) Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die

1. als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen,

2. eine selbständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben oder
3. eine Beschäftigung in einem Staat, in dem die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nicht anzuwenden ist, aufnehmen und ausüben.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass

1. der Antragsteller innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat,
 2. der Antragsteller unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat und
 3. Versicherungspflicht (§§ 26, 27) anderweitig nicht besteht.
- (2) Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der Agentur für Arbeit, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem erstmals die nach Absatz 1 Satz 1 geforderten Voraussetzungen erfüllt sind. Das Versicherungspflichtverhältnis endet,
1. wenn der Versicherungsberechtigte eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezieht,
 2. mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 letztmals erfüllt waren,
 3. wenn der Versicherungsberechtigte mit der Beitragszahlung länger als drei Monate in Verzug ist,
 4. in Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 spätestens jedoch mit Ablauf des 31. Dezember 2010.

Die Vorschriften des Ersten Abschnitts über die Versicherungsfreiheit gelten entsprechend.

§ 130 SGB III Bemessungszeitraum und Bemessungsrahmen

- (1) Der Bemessungszeitraum umfasst die beim Ausscheiden des Arbeitslosen aus dem jeweiligen Beschäftigungsverhältnis abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträume der versicherungspflichtigen Beschäftigungen im Bemessungsrahmen. Der Bemessungsrahmen umfasst ein Jahr; er endet mit dem letzten Tag des letzten Versicherungspflichtverhältnisses vor der Entstehung des Anspruchs.
- (2) Bei der Ermittlung des Bemessungszeitraums bleiben außer Betracht
 1. Zeiten einer Beschäftigung, neben der Übergangsgeld wegen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilübergangsgeld oder Teilarbeitslosengeld geleistet worden ist,
 2. Zeiten einer Beschäftigung als Freiwillige oder Freiwilliger im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes, wenn sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 344 Abs. 2 bestimmt,
 3. Zeiten, in denen der Arbeitslose Elterngeld bezogen oder Erziehungsgeld bezogen oder nur wegen der Berücksichtigung von Einkommen nicht bezogen hat oder ein Kind unter drei Jahren betreut und erzogen hat, wenn wegen der Betreuung und Erziehung des Kindes das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
 - 3a. Zeiten, in denen der Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen hat, wenn wegen der Pflege das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
 4. Zeiten, in denen die durchschnittliche regelmäßige wöchentliche

Arbeitszeit auf Grund einer Teilzeitvereinbarung nicht nur vorübergehend auf weniger als 80 Prozent der durchschnittlichen regelmäßigen Arbeitszeit einer vergleichbaren Vollzeitbeschäftigung, mindestens um fünf Stunden wöchentlich, vermindert war, wenn der Arbeitslose Beschäftigungen mit einer höheren Arbeitszeit innerhalb der letzten dreieinhalb Jahre vor der Entstehung des Anspruchs während eines sechs Monate umfassenden zusammenhängenden Zeitraums ausgeübt hat.

Satz 1 Nr. 4 gilt nicht in Fällen einer Teilzeitvereinbarung nach dem Altersteilzeitgesetz, es sei denn, das Beschäftigungsverhältnis ist wegen Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers beendet worden.

- (3) Der Bemessungsrahmen wird auf zwei Jahre erweitert, wenn
1. der Bemessungszeitraum weniger als 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält,
 - 1a. in den Fällen des § 123 Absatz 2 der Bemessungszeitraum weniger als 90 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält oder
 2. es mit Rücksicht auf das Bemessungsentgelt im erweiterten Bemessungsrahmen unbillig hart wäre, von dem Bemessungsentgelt im Bemessungszeitraum auszugehen.

Satz 1 Nr. 2 ist nur anzuwenden, wenn der Arbeitslose dies verlangt und die zur Bemessung erforderlichen Unterlagen vorlegt.

§ 345 SGB III Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,
6. die als Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,
7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,
8. die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 SGB III Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
 - a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
 - b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
 - c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 400 Euro nicht übersteigt,
6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
7. für Personen, die als Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
9. (weggefallen)
10. für Personen, die als Pflegendе während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten 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.

§ 349 SGB III Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

- (1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.
- (2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.
- (3) Die Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.
- (4) Die Beiträge für Bezieher von Krankentagegeld sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, daß der Beitragsabrechnung statistische Durch-

schnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

- (4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegendе während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.
- (5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4a sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegezeit in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.

§ 8 SGB IV Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit

- (1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn
 1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt,
 2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 400 Euro im Monat übersteigt.
- (2) Bei der Anwendung des Absatzes 1 sind mehrere geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 sowie geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 mit Ausnahme einer geringfügigen Beschäftigung nach Nummer 1 und nicht geringfügige Beschäftigungen zusammenzurechnen. Eine geringfügige Beschäftigung liegt nicht mehr vor, sobald die Voraussetzungen des Absatzes 1 entfallen. Wird bei der Zusammenrechnung nach Satz 1 festgestellt, dass die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung nicht mehr vorliegen, tritt die Versicherungspflicht erst mit dem Tage der Bekanntgabe der Feststellung durch die Einzugsstelle oder einen Träger der Rentenversicherung ein. Dies gilt nicht, wenn der Arbeitgeber vorsätzlich oder grob fahrlässig versäumt hat, den Sachverhalt für die versicherungsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung aufzuklären.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird. Dies gilt nicht für das Recht der Arbeitsförderung.

§ 8a SGB IV Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

Werden geringfügige Beschäftigungen ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt § 8. Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

§ 16 SGB IV Gesamteinkommen

Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen.

§ 18 SGB IV Bezugsgröße

- (1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.
- (2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch Sozialgesetzbuch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch Sozialgesetzbuch geteilt wird, aufgerundet auf den nächst höheren, durch 420 teilbaren Betrag.
- (3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

§ 6 SGB V Versicherungsfreiheit

- (7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41.400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

§ 10 SGB V Familienversicherung

- (1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen
 1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
 2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
 3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
 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 ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

- (2) Kinder sind versichert
 1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
 2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten 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 fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
 4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außer Stande 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.

- (3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.
- (4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). 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 mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.
- (5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.
- (6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§ 33 SGB V Hilfsmittel

- (6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.
- (7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

§ 37 SGB V Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen 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. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. 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, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Kran-

kenkasse 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 1 und den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

- (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.
- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.
- (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 49 SGB V Ruhens des Krankengeldes

- (1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht,
 1. soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten; dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt,
 2. solange Versicherte Elternzeit nach dem Bundeselternzeitgesetz in Anspruch nehmen; dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt worden ist,
 3. soweit und solange Versicherte Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld beziehen,
 - 3a. solange Versicherte Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen oder der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach dem Dritten Buch ruht,
 4. soweit und solange Versicherte Entgeltersatzleistungen, die ihrer Art nach den in Nummer 3 genannten Leistungen vergleichbar sind, von einem Träger der Sozialversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland erhalten,
 5. solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt,
 6. soweit und solange für Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung (§ 7 Abs. 1a des Vierten Buches) eine Arbeitsleistung nicht geschuldet wird.
- (2) Absatz 1 Nr. 3 und 4 ist auch auf einen Krankengeldanspruch anzuwenden, der für einen Zeitraum vor dem 1. Januar 1990 geltend gemacht wird und über den noch keine nicht mehr anfechtbare Entscheidung getroffen worden ist. Vor dem 23. Februar 1989 ergangene Verwaltungsakte über das Ruhen eines Krankengeldanspruchs sind nicht nach § 44 Abs. 1 des Zehnten Buches zurückzunehmen.
- (3) Auf Grund gesetzlicher Bestimmungen gesenkte Entgelt- oder Entgeltersatzleistungen dürfen bei der Anwendung des Absatzes 1 nicht aufgestockt werden.
- (4) Erbringt ein anderer Träger der Sozialversicherung bei ambulanter Auslieferung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Verletzten-

geld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld, werden diesem Träger auf Verlangen seine Aufwendungen für diese Leistungen im Rahmen der nach § 13 Abs. 2 Nr. 7 des Neunten Buches vereinbarten gemeinsamen Empfehlungen erstattet.

§ 55 SGB V Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
 1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
 1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
 2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsoferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
 3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsoferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vornachweis erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den

die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

§ 62 SGB V Belastungsgrenze

- (1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt
 1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
 2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien bis zum 31. Juli 2007 fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen. Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

- (2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. Zu den Einnahmen zum Le-

bensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung) maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 des Zweiten Buches maßgeblich.

- (3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.
- (4) Bei der Versorgung mit Zahnersatz finden § 61 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 bis 5 und § 62 Abs. 2a in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2004 weitere Anwendung.
- (5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen evaluieren für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und legen dem Deutschen Bundestag hierzu über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2007 einen Bericht vor.

§ 91 SGB V Gemeinsamer Bundesausschuss

- (1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

§ 92 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschließlich Arzneimitteln oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind sowie wenn insbesondere ein Arzneimittel unzweckmäßig oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die
 1. ärztliche Behandlung,
 2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
 3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
 4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,

5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Psychotherapie,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Arbeitsunfähigkeit der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a und der nach § 10 versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des Zweiten Buches,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Krankentransporten,
13. Qualitätssicherung,
14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
15. Schutzimpfungen.

§ 223 SGB V Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

- (3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 245 SGB V Beitragsatz für Studenten und Praktikanten

- (1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Versicherungspflichtigen gelten als Beitragsatz sieben Zehntel des allgemeinen Beitragsatzes.
- (2) Der Beitragsatz nach Absatz 1 gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft in der studentischen Krankenversicherung nach § 190 Abs. 9 endet und die sich freiwillig weiterversichert haben, bis zu der das Studium abschließenden Prüfung, jedoch längstens für die Dauer von sechs Monaten.

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

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 01. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 7) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesam-

einkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

§ 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte

in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
 3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
 4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
 5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
 6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

§ 290 SGB V Krankenversichertennummer

- (1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.
- (2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben erstmalig bis zum 30. Juni 2004 gemeinsam und einheitlich den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

§ 315 SGB V Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

- (1) Personen, die weder
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
 2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
 3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
 4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
 5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

- (2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten und Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht.

§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

- (3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 Auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.
- (4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

§ 3 SGB VI 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 auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren,
- 3a. für die sie von den jeweils zuständigen Trägern nach dem Zweiten Buch Arbeitslosengeld II beziehen; dies gilt nicht für Empfänger der Leistung,
 - a) die Arbeitslosengeld II nur darlehensweise oder
 - b) nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen oder
 - c) die auf Grund von § 2 Abs. 1a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben oder
 - d) deren Bedarf sich nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes oder nach § 66 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches bemisst oder
 - e) die versicherungspflichtig beschäftigt oder versicherungspflichtig selbstständig tätig sind, oder eine Leistung beziehen, wegen der sie nach Satz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
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 Pflegeetätigkeit 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 selbstständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weiter erhalten oder Leistungen für Selbstständige nach § 13a des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 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.

§ 137 SGB VI Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 SGB VI Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 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,
- 1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zu Grunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zu Grunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
- 2a. bei Personen, die Arbeitslosengeld II oder im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, der Betrag von 205 Euro,
- 2b. (weggefallen)
- 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld, Teilunterhaltsgeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
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 der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe 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 Elftes Buch)
 - 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 Elftes Buch)
 - 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 Elftes Buch) 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 Pflegefähigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegefähigkeit insgesamt entspricht.

§ 170 SGB VI Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, Beziehern von Arbeitslosengeld II 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 Bundesagentur 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 zu Grunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 400 EUR nicht übersteigt,
 - b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld 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 versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen und 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 Vornahmensatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

§ 2 SGB IX Behinderung

- (1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

§ 69 SGB IX Feststellung der Behinderung, Ausweise

- (1) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Beantragt eine erwerbstätige Person die Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch (§ 2 Abs. 2), gelten die in § 14 Abs. 2 Satz 2 und 4 sowie Abs. 5 Satz 2 und 5 genannten Fristen sowie § 60 Abs. 1 des Ersten Buches entsprechend. Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist entsprechend anzuwenden, soweit nicht das Zehnte Buch Anwendung findet. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes und der auf Grund des § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes erlassenen Rechtsverordnung gelten entsprechend. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt. Durch Landesrecht kann die Zuständigkeit abweichend von Satz 1 geregelt werden.

§ 20 SGB XI 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; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
 2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhenszeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,
 - 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
 3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
 4. selbstständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
 5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
 6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeiterprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
 7. Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
 8. Behinderte Menschen, 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 ohne Arbeitsentgelt 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, 11a oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
 12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte 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 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.
 - (2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.
 - (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 selbstständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbstständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 SGB XI Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichen 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 Kriegsopferversorgung 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 SGB XI

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 oder Lebenspartner, 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 SGB XI

Familienversicherung

- (1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, 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 selbstständig 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 ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8 a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten 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 oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienststeuergesetzes 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 (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außer Stande 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 oder Lebenspartner 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 Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch 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 auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a SGB XI

Beitrittsrecht

- (1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.
- (2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.
- (3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittsklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 44a SGB XI

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

- (1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes

über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflegepflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

- (2) Pflegende Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

§ 45c SGB XI

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

- (1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.
- (2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.
- (3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

- (4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- (5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.
- (6) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.
- (7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zu Gunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

- (1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 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) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 77 SGB XI

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

- (1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit
1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann,
 2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§ 29),
 3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder
 4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);
- Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu

regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, daß die Pflegekräfte mit dem 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.

Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.

§ 82 SGB XI Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

- (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, wieder zu beschaffen, zu ergänzen, instand zu halten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 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.

§ 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

- (1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass
1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
 2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der

Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,

3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfdezwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.

Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

- (2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf die Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.
- (3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigung der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 89 SGB XI 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.

§ 90 SGB XI Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales 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 SGB XI

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 abzuschließen,
 - 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 Höchstbeitrag 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 oder Lebenspartner 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 oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen 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. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basisstarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.
- (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 festge-

legten 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. Eine freiwillige Versicherung nach § 26a kann unter den Voraussetzungen des § 49 Abs. 3 Satz 2 gekündigt werden.
- (5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Artikel 41 SGB XI

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 zum 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.

§ 66 SGB XII

Leistungskonkurrenz

- (4) Leistungen nach § 65 Abs. 1 werden insoweit nicht erbracht, als Pflegebedürftige in der Lage sind, zweckentsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen. Stellen die Pflegebedürftigen ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, können sie nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist ein nach dem Elften Buch geleistetes Pflegegeld vorrangig auf die Leistung nach § 65 Abs. 1 anzurechnen.

§ 75 SGB XII

Einrichtungen und Dienste

- (3) Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über
1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
 2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
 3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung)
- besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Auszug aus dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

§ 3 Pflegezeit

- (1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.
- (2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.
- (3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.
- (4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

Auszug aus der Kalkulationsverordnung (KaIV) und aus dem Paragraph

§ 13a Übertragungswert

- (1) Der Übertragungswert gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge berechnet sich als Summe aus
 1. der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Absatz 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und
 2. der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, sofern deren Betrag insgesamt positiv ist, höchstens jedoch der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung). Dabei ist die Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife die gemäß § 341f Absatz 1 des Handelsgesetzbuches berechnete Alterungsrückstellung, mindestens jedoch der Betrag der Alterungsrückstellung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der kalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten, die mittels Zillmerung finanziert werden, auf die ersten fünf Versicherungsjahre ergibt. Bei der Berechnung der fiktiven Alterungsrückstellung sind die Rechnungsgrundlagen des brancheneinheitlichen Basistarifs nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu verwenden.
 - (2) Der Übertragungswert gemäß § 12 Absatz 1b Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge berechnet sich als Summe aus
 1. der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Absatz 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und
 2. der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, sofern deren Betrag insgesamt positiv ist, höchstens jedoch der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung). Dabei ist die Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife die gemäß § 341f Absatz 1 des Handelsgesetzbuches berechnete Alterungsrückstellung. Die fiktive Alterungsrückstellung wird ermittelt aus dem anrechenbaren Alter des Versicherten und der zu diesem Alter und dem erreichten Alter gehörenden Alterungsrückstellung, die sich aus den Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation des brancheneinheitlichen Basistarifs gemäß § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes ergibt; dabei wird ein brancheneinheitlicher Zillmersatz von drei Monatsbeiträgen zugrunde gelegt. Das anrechenbare Alter ergibt sich aus dem Vergleich der gezahlten Tarifbeiträge, ohne Berücksichtigung der aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung finanzierten Bestandteile, in den zum 8. Januar 2009 geführten Tarifen der substitutiven Krankenversicherung mit den dann gültigen Neugeschäftsbeiträgen.
 - (3) Für Versicherte, die unter Mitgabe eines Übertragungswertes gemäß Absatz 1 oder 2 zu einem anderen Unternehmen gewechselt sind, darf die Finanzierung erneuter Abschlusskosten durch Zillmerung nicht zu einer Reduzierung dieses Übertragungswertes führen. Dasselbe gilt für eine gleichzeitig gewechselte private Pflege-Pflichtversicherung.
 - (4) Kündigt ein Versicherter, dessen Vertrag vor dem 1. Januar 2009 geschlossen wurde, seinen Vertrag und schließt gleichzeitig einen neuen Vertrag bei einem anderen Krankenversicherer, der die Mitgabe eines Übertragungswertes vorsieht, beschränkt sich der Übertragungswert abweichend von Absatz 2 auf den Betrag, der ab dem Wechsel in einen Tarif mit Übertragungswert aufgebaut wurde, sofern nicht Absatz 5 etwas anderes bestimmt. Der bei Wechseln aus dem Basistarif nicht gutgebrachte Teil der Alterungsrückstellung ist zugunsten der Senkung des Zuschlags gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 7 zu verwenden.
 - (5) Bei einem Wechsel gemäß § 12 Absatz 1b Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechnet sich der Übertragungswert nach Absatz 2. Bei einer Kündigung des Vertrages, in den der Versicherte gemäß § 12 Absatz 1b Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt ist, und dem gleichzeitigen Abschluss einer neuen Versicherung im Basistarif eines dritten Krankenversicherers berechnet sich der Übertragungswert gemäß Absatz 1, wenn zwischen dem Abschluss des zweiten und des dritten Vertrages mindestens 18 Monate verstrichen sind. Der bei Wechseln aus dem Basistarif nicht gutgebrachte Teil der Alterungsrückstellung ist zugunsten der Senkung des Zuschlags gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 7 zu verwenden.
 - (6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 12f Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.
- ### § 13 Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung bei einem Tarifwechsel
- (1a) Bei Versicherten, die nach einem Wechsel gemäß § 204 Absatz 1 Nummer 2b des Gesetzes über den Versicherungsvertrag im Basistarif versichert sind, wird bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz während der ersten 18 Monate seit Beginn der Versicherung im Basistarif abweichend von Absatz 1 Satz 1 nur die seit Beginn der Versicherung im Basistarif gebildete Alterungsrückstellung prämienmindernd angerechnet. Bei Versicherten, die nach einem Wechsel gemäß § 13a Absatz 5 Satz 2 im Basistarif eines dritten Krankenversicherers versichert sind, wird bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nur der Betrag angerechnet, der seit dem erstmaligen Wechsel in den Basistarif entstanden ist. Der nicht gutgebrachte Teil der Alterungsrückstellung ist in diesen Fällen zugunsten der Senkung des Zuschlags gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 7 zu verwenden.

Auszug aus dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

§ 2 Leistungen in besonderen Fällen

- (1) Abweichend von den §§ 3 bis 7 ist das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch auf diejenigen Leistungsberechtigten entsprechend anzuwenden, die über eine Dauer von insgesamt 48 Monaten Leistungen nach § 3 erhalten haben und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben.
- (2) Bei der Unterbringung von Leistungsberechtigten nach Absatz 1 in einer Gemeinschaftsunterkunft bestimmt die zuständige Behörde die Form der Leistung auf Grund der örtlichen Umstände.
- (3) Minderjährige Kinder, die mit ihren Eltern oder einem Elternteil in einer Haushaltsgemeinschaft leben, erhalten Leistungen nach Absatz 1 nur, wenn mindestens ein Elternteil in der Haushaltsgemeinschaft Leistungen nach Absatz 1 erhält.

Auszug aus dem Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 2 Umfang der Besteuerung, Begriffsbestimmungen

- (2) Einkünfte sind
 1. bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k),
 2. bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten (§§ 8 bis 9a).
- Bei Einkünften aus Kapitalvermögen tritt § 20 Absatz 9 vorbehaltlich der Regelung in § 32d Absatz 2 an die Stelle der §§ 9 und 9a.

Auszug aus dem Mutterschaftsgesetz (MuSchG)

§ 9 Kündigungsverbot

- (3) Die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann in besonderen Fällen, die nicht mit dem Zustand einer Frau während der Schwangerschaft oder ihrer Lage bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung in Zusammenhang stehen, ausnahmsweise die Kündigung für zulässig erklären. Die Kündigung bedarf der schriftlichen Form und sie muss den zulässigen Kündigungsgrund angeben.

Fassung 11.2009

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln, auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannten Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem

Anschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder Ihrem jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragsstellung bzw. bei Aufforderung zur Abgabe eines verbindlichen Angebotes ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbei-

tung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) bzw. in der Aufforderung zur Abgabe eines verbindlichen Angebotes. Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über den Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungs-technische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Personalien.

Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, bei Aufforderung zur Abgabe eines verbindlichen Angebotes, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe oder Schadentag.

Ihre Daten werden auch im Falle einer Inanspruchnahme der Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung zur Überprüfung deren Eintrittspflicht an den Vermögensschaden-Haftpflichtversicherer weitergeleitet.

4. Datenverarbeitung durch Dritte

Nicht jede Datenverarbeitung wird heute noch von Ihrem Versicherer selber vorgenommen. Es kann aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Praktikabilität notwendig sein, einen sog. Dritten mit der Verarbeitung Ihrer Daten zu beauftragen. Dieser Dritt-Verarbeitung haben Sie im Antrag bzw. in Ihrer Aufforderung auf Abgabe eines verbindlichen Ange-

botes durch den Versicherer, zugestimmt. Der verarbeitende Dritte wird von uns selbstverständlich auf das Datengeheimnis und die Einhaltung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet.

5. Zentrale Hinweissysteme

Bei der Prüfung eines Antrages bzw. einer Aufforderung zur Abgabe eines verbindlichen Angebotes oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Angaben anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme.

Solche Hinweissysteme gibt es beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) sowie beim Verband der privaten Krankenversicherung. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer

- Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag;
- aus versicherungsmedizinischen Gründen;
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer;
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung

Rechtsschutzversicherer

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten;
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten;
- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

- Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht;
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen;
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch

6. Datenverarbeitung inner- und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen. Unserer Unternehmensgruppe gehören z. Z. folgende Unternehmen an:

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören z. Z. folgende Unternehmen an:

- uniVersa Lebensversicherung a. G.,
- uniVersa Krankenversicherung a. G.
- uniVersa Allgemeine Versicherung AG

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen, z. Z. kooperieren wir mit:

- Aachener Bausparkasse AG
- Münchner Kapitalanlagen AG
- Metzler Investment GmbH
- AGT Allgemeine Vermögensvermittlungs-, Grundstücks- und Treuhandgesellschaft mbH

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen der Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten folgende Ausführungen unter Punkt 6.

7. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u. a..

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Lei-

stungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden Sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unsere Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

8. Einholung von Auskünften

Wir nutzen Informationen von Auskunftsteilen (z. B. Infoscore, Schufa). Die an uns übermittelten Angaben beziehen sich konkret auf das Zahlungsverhalten des Antragstellers oder des Kunden in dessen Vergangenheit. Die Auskunftsteile erfassen dabei u. a. folgende Merkmale: Name, Titel, Adresse, Geburtsdatum, Eidesstattliche Versicherung, Mahnbescheide, Haftanordnungen, Insolvenzen, Ermittlungsvermerke, Sperrungen, erlassene Vollstreckungsbescheide, Zwangsvollstreckungsaufträge auf Grund eines Titels.

Zweck der Nutzung der genannten Informationen ist es beispielsweise, bei Vertragsabschluss die Zahlungsfähigkeit des Kunden zu überprüfen, um zu entscheiden, ob und zu welchen Konditionen ein Vertrag abgeschlossen wird, oder bei Zahlungstörungen besser entscheiden zu können, welche Maßnahmen zweckmäßigerweise eingeleitet werden sollten. Ziel ist es, Kosten für die Gemeinschaft unserer Versicherten zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit und Zahlungsausfällen einzelner Versicherter entstehen.

Damit Verwechslungen hinsichtlich der Person des Antragstellers oder Versicherten vermieden werden, ist es erforderlich, den Namen, die Anschrift und gegebenenfalls das Geburtsdatum an die Auskunftsteil zu übermitteln.

9. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Ihr Auskunftsrecht hinsichtlich Ihrer Daten richtet sich im Fall der Einschaltung einer Auskunftsteil durch den Versicherer auch gegen die betroffene Auskunftsteil.

Wir arbeiten zur Zeit mit folgenden Auskunftsteilen zusammen:

- infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden
- Schufa Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden
- Creditreform AG, Hellersbergstraße 12, 41460 Neuss
- Bürgel Wirtschaftsinformation GmbH & Co KG, Gasstraße 18, 22761 Hamburg



Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht: Nürnberg, HRB 540

Aufsichtsrat

Prof. Hubert Karl Weiler

Vorstand

Gerhard Glatz (Vors.),
Werner Gremmelmaier,
Wigand Vogel,
Michael Baulig

Hauptverwaltung Nürnberg
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg

Telefon: (09 11) 53 07-0
Telefax: (09 11) 53 07-1788
E-Mail: info@universa.de
Internet: www.universa.de

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

